ILLEGALE DRUGS

Cijfers in perspectief (1997-2007)



Auteur
Else De Donder, stafmedewerker VAD

Mede-auteurs
Jochen Schrooten, VAD
Prof. dr. Wim van den Brink, Academisch Medisch Centrum, Universiteit Amsterdam
Dirk Vandevelde, De Kiem
André Van Gageldonk, Trimbos-instituut
Tina Van Havere, VAD

Met medewerking van
Heidi Cloots, Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
Bart Deckers, Federale politie, CGOP Beleidsgegevens
Jessica Dommicent, Federale politie, centrale dienst drugs
Tom Evenepoel, De DrugLijn
Jessica Fraeyman, Universiteit Antwerpen, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
Jean-Pierre Gorissen, FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu
Anne Hublet, Universiteit Gent, vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde
Hilde Kinable, VAD
Patrizia Klinckhamers, Federale politie, CGOP Beleidsgegevens
Patrick Lambrecht, Vrije universiteit Brussel, Vakgroep Klinische en Levenslooppsychologie
Jean Legrand, FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu
Koen Mendonck, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk vzw
Dr. Martine Mostin, Antigifcentrum
Prof. dr. Guido Van Hal, Universiteit Antwerpen, Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
Ann Renders, FOD Justitie, Dienst voor het strafrechtelijk beleid, Research, Development & Statistics
Tessa Windelinckx, Free Clinic, project spuitenruil

Met dank aan de reviewers
Prof. em. dr. Joris Casselman
Kathy Colpaert, Universiteit Gent, Vakgroep orthopedagogiek
Marijs Geirnaert, VAD
Fred Laudens, VAD
Jochen Schrooten, VAD
Prof. dr. Freya Vander Laenen, Universiteit Gent, IRCP
Paul Van Deun, De Spiegel
Geert Verstuyf, VAD

Else De Donder (Red.)

Illegale drugs

Cijfers in perspectief (1997-2007)

Garant
Antwerpen-Apeldoorn

Else De Donder (Red.)
Illegale drugs
Cijfers in perspectief (1997-2007)
Antwerpen – Apeldoorn
Garant
2009

387 blz. – 24 cm
D/2009/5779/126
ISBN 978-90-441-2449-1
NUR 883/751

Omslagontwerp: Els Van Hemelryck

Garant
Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen (België)
Koninginnelaan 96, NL-7315 EB Apeldoorn (Nederland)
www.garant-uitgevers.be info@garant.be
www.garant-uitgevers.nl info@garant-uitgevers.nl

Inhoud

Lijst met afkortingen

ADHD	Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit – Attention-deficit hyperactivity disorder
ANG	Algemene Nationale Gegevensbank
ASO	Algemeen Secundair Onderwijs
AUHA	Associatie Universiteit & Hogescholen Antwerpen
AZ	Algemeen ziekenhuis
BAC	Bloed alcohol concentratie
BSO	Beroeps Secundair Onderwijs
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CBJ	Centrum voor Bijzondere Jeugdzorg
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CIC	Crisisinterventiecentra
CIDI	Composite International Diagnositic Interview
CIF	Cannabis Invloed Factor
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
CPI	Consumptieprijsindex
DAST	Drug Abuse Screening Test
DOM (STP)	Dimethoxymethamphetamine
DOS	Drugbeleid Op School
DMT	Dimethyltriptamine
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EORG	European Opinion Research Group
EPSI	Eenheden voor Psychiatrische Spoedinterventie
ESEMeD	European Study on the Epidemiology of Mental Disorders
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Europese Unie
EWS	Early Warning System
FOD	Federale Overheidsdienst
GHB	GammaHydroxyButyraat (GammaHydroxyBoterzuur)
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPPD	door hallucinogenen persisterende waarnemingsstoornis
IBW	Initiatieven Beschut Wonen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFEB	Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België
IVD	Intraveneus druggebruik

KSO	Kunst Secundair Onderwijs
LSD	d-lysergic acid diethylamide
MDMA	4-methyleen-dioxy-methamfetamine
MKG	Minimale klinische gegevens
MOF	Als misdrijf omschreven feit
MPG	Minimale psychiatrische gegevens
MSOC	Medisch Sociale Opvangcentra
NICC	Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie
NRSB	Nationale registratie substitutiebehandeling
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van Algemeen Ziekenhuis
PCP	Fencyclidine
POS	Problematische opvoedingssituatie
PV	Proces-verbaal
PVT	Psychiatrische verzorgingstehuizen
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RWZI	Rioolwaterzuiveringsinstallaties
SODA	Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen
TDI	Treatment Demand Indicator
TG	Therapeutische gemeenschap
THC	Δ-9-tetrahydrocannabinol
TSO	Technisch Secundair Onderwijs
UA	Universiteit Antwerpen
UCL	Université Catholique de Louvain
ULB	Université Libre de Belgique
UZ	Universitair ziekenhuis
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VLASPAD	Vlaams SchoolonderzoeksProject over Alcohol en andere Drugs
VUB	Vrije Universiteit Brussel
VVBV	Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg
VVGG	Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
WGO	WereldGezondheidsOrganisatie
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
WMH	World Mental Health Surveys

Voorwoord

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) brengt ieder jaar uit diverse bronnen cijfergegevens samen die een beeld geven van het middelengebruik in Vlaanderen. Dit overzicht wordt gebundeld in verschillende publicaties.
Dit overzichtswerk *'Illegale drugs. Cijfers in perspectief. 1997-2007'* is het derde uit een reeks. In dezelfde reeks verschenen eerder publicaties over enerzijds psychoactieve medicatie en anderzijds alcohol. Het hoofddoel van de reeks is trends in middelengebruik van de laatste tien jaar beschrijven.

Deze publicatie biedt in deel I – trends in het gebruik van illegale drugs in Vlaanderen/België 1997-2007 – heel wat (beleids)relevante informatie over gebruik van illegale drugs en de gevolgen daarvan. Er wordt gerapporteerd over gebruik onder scholieren, gebruik binnen de algemene bevolking en gebruik van specifieke groepen zoals uitgaanders of gedetineerden. Ook combigebruik komt aan bod. Een beperkt aantal gegevens laat toe iets te zeggen over de omvang van problematisch gebruik van illegale drugs binnen bepaalde bevolkingsgroepen. Er worden verder data gegeven over ziekte en sterfte als gevolg van het gebruik van illegale drugs, sociale gevolgen van middelengebruik en druggerelateerde criminaliteit. Ook markteconomische aspecten van illegaal druggebruik worden besproken (prijs, inbeslagnames, ...). Een apart hoofdstuk is gewijd aan registratiedata afkomstig uit verschillende hulpverleningsvormen waarop druggebruikers beroep kunnen doen.

Als toemaatje zijn voor deze publicatie door andere auteurs bijdragen geschreven over een opvallende tendens op het terrein van illegaal druggebruik van de laatste tien jaar. Deze stukken zijn in deel II – feiten achter de cijfers – samengebracht.
Professor dr. Wim van den Brink van het Academisch Medisch Centrum aan de Universiteit van Amsterdam vat de huidige evidentie in verband met de schadelijkheid van cannabis samen.
VAD medewerkers Jochen Schrooten en Tina Van Havere beschrijven enkele tendensen over recreatief druggebruik in het uitgaansleven.
André Van Gageldonk, wetenschappelijk medewerker aan het Nederlandse Trimbos instituut, heeft het in de bijdrage 'harm reduction bij problematisch druggebruik' over effectieve harm reduction interventies.
Ten slotte licht Dirk Vandevelde, directeur van vzw De Kiem, toe wat inzake samenwerking tussen hulpverlening en justitie de afgelopen jaren is veranderd of gerealiseerd.

Dit boek kwam tot stand dankzij de vrijwillige medewerking van verschillende instanties die hun datamateriaal ter beschikking stelden.

Prof. em. dr. Joris Casselman, Kathy Colpaert, Paul Van Deun, prof. dr. Freya Vander Laenen en de VAD-collega's danken we voor hun kritische feedback.

Inleiding

VAD heeft in 2004 een analyse gemaakt van de beschikbare (cijfer)gegevens over psychoactieve medicatie voor de periode 1990-2002[1]. In 2005 wordt de analyse overgedaan maar dit keer voor het gebruik van alcohol[2]. Om de reeks te vervolledigen staat in voorliggende publicatie het onderwerp illegale drugs centraal. Opnieuw worden de beschikbare (cijfer)gegevens bij elkaar gebracht. De gegevens omvatten de periode 1997-2007.

Nauwkeurige en betrouwbare (cijfer)gegevens over middelengebruik in Vlaanderen/België zijn van belang voor het afbakenen van prioriteiten, voor het ontwikkelen, bijstellen en evalueren van het beleid. Door accurate en actuele data kan adequaat op trends gereageerd worden en wordt evidence-based werken ondersteund.

Illegale drugs zijn psychoactieve stoffen die gevoelens, waarneming en bewustzijn beïnvloeden en die verboden zijn door de Belgische drugwet. Achtereenvolgens worden in deze publicatie gegevens besproken over cannabis, cocaïne, opiaten, XTC en amfetamines en andere middelen (tripmiddelen, GHB, ketamine).

Er zijn in Vlaanderen/België verschillende (cijfer)gegevens voorhanden uit bevolkingsonderzoek, registratiegegevens of justitiële databanken die de aard en de omvang van het middelengebruik en mogelijke problemen die ermee gepaard gaan in kaart brengen.
Deze publicatie geeft een overzicht van cijfers over:

- druggebruik in de algemene bevolking, onder scholieren en bij specifieke groepen;
- gevolgen van druggebruik: o.a. rijden onder invloed, druggerelateerde criminaliteit, ...;
- het aanbod van drugs: o.a. inbeslagnames, drugprijzen, ...;
- beroep doen op hulpverlening omwille van druggebruik.

De data van de laatste 10 jaar worden in deze publicatie gesynthetiseerd.

In dit boek worden hoofdzakelijk cijfers besproken op Vlaams of Belgisch niveau. Lokale of regionale gegevens komen niet aan bod behalve wanneer een onderwerp wordt behandeld waarover geen Vlaamse of nationale data voorhanden zijn. Verder worden hoofdzakelijk trendgegevens besproken, dit wil zeggen data die voor verschillende jaren beschikbaar zijn waardoor vergelijkingen kunnen gemaakt worden. Eenmalig onderzoek wordt enkel besproken als er over

---

1 De Donder, E. (red.) (2004). *Psychoactieve medicatie. Cijfers in perspectief (1990-2002).* Antwerpen: Garant.

2 De Donder, E. (red.) (2005). Alcohol. *Cijfers in perspectief (1994-2004).* Antwerpen: Garant.

het thema geen vergelijkend onderzoek voorhanden is. In dat geval wordt de voorkeur gegeven aan het meest recente onderzoek.
Bij het aangeven van trends dient rekening gehouden te worden met de specifieke aard van de data waarop trends gebaseerd zijn. Zo kunnen stijgingen of dalingen binnen justitiële cijfers bijvoorbeeld een uiting zijn van registratieprioriteiten, beleidsprioriteiten, enzovoort. De trends die aangegeven worden voor specifieke groepen van bijvoorbeeld ervaren cocaïnegebruikers gelden enkel voor deze groep gebruikers en niet voor alle cocaïnegebruikers. Bij het interpreteren van cijfers of trends in de cijfers dient dus steeds het juiste interpretatiekader voor ogen te worden gehouden.
Om het lezen te vergemakkelijken worden de cijfers in de tekst afgerond. De exacte cijfers zijn in de tabellen of grafieken af te lezen.

Gezien de grote hoeveelheid cijfermateriaal die in deze publicatie wordt gebundeld wordt er na elk hoofdstuk een samenvatting gegeven. Het spreekt voor zich dat in deze samenvattingen niet alle nuances kunnen weergegeven worden die in de tekst aan bod komen. Voor een correcte interpretatie van de cijfers is het nodig om de achtergrondinformatie van de verschillende studies te bekijken.

Deel 1

Trends in cijfers over illegale drugs in Vlaanderen/België 1997-2007

Het eerste deel van deze publicatie geeft een overzicht van de beschikbare cijfers om middelengebruik en daarmee samenhangende problemen te beschrijven en dit voor de periode 1997-2007.

Hoofdstuk 1 definieert (illegale) drugs en de termen problematisch gebruik, misbruik en afhankelijkheid. Daarnaast worden de verschillende indicatoren die doorgaans gebruikt worden bij het inschatten van de omvang van druggebruik toegelicht en wordt kort ingegaan op beschermende en risicofactoren voor (problematisch) middelengebruik. Dit hoofdstuk bekijkt ook de maatschappelijke kostprijs van druggebruik.

De hoofdstukken 2 tot en met 6 geven per middel een overzicht van de beschikbare cijfers van de laatste tien jaar over gebruik, gevolgen van gebruik en de markteconomische aspecten van gebruik. Achtereenvolgens komen de middelen cannabis, cocaïne, opiaten, XTC en amfetamines en andere middelen (tripmiddelen, GHB, ketamine) aan bod.

In hoofdstuk 7 worden de cijfers in verband met beroep doen op hulpverlening besproken. Daarbinnen is ook aandacht voor de verschillende illegale drugs.

1

Hoofdstuk 1

Illegale drugs. Situering en definiëring

1.1 Wat zijn illegale drugs?

1.1.1 Wat zijn drugs?

Drugs, ook wel genot- of roesmiddelen genoemd, zijn psychoactieve stoffen die de gevoelens, de waarneming en het bewustzijn beïnvloeden (De Maeseneire & Vandenberghe, 2003; Tytgat, 2007). Koffie, alcohol, nicotine, medicijnen zoals slaap- en kalmeermiddelen en middelen zoals cannabis, cocaïne, XTC, ... zijn psychoactieve stoffen (Van Der Stel, 2007; Kerssemakers e.a., 2008). Ze hebben direct of indirect invloed op het centrale zenuwstelsel. Ze beïnvloeden de werking van de neuronen waardoor psychische functies kunnen veranderen. Alle psychoactieve stoffen zijn toxisch voor het zenuwstelsel al is de ernst van neurotoxische gevolgen afhankelijk van de hoeveelheid en de duur van het gebruik, van persoonlijke kenmerken zoals leeftijd of sekse en van de omgeving waarin wordt gebruikt. Als psychoactieve middelen worden gebruikt zonder dat er een medische indicatie is, bijvoorbeeld voor het plezier, om zich beter te voelen, om wakker te blijven of omwille van het roeseffect, dan is er sprake van drugs.

1.1.2 Soorten drugs

Drugs worden naargelang hun werking meestal in een drietal grote groepen ingedeeld (Kerssemakers e.a., 2008; De DrugLijn, 2008c):

- stimulerende **middelen** zoals cocaïne, amfetamines, nicotine en cafeïne hebben een stimulerend effect en maken dat men zich energiek, alert en opgewekt voelt;
- verdovende middelen veroorzaken een kalmerend effect. Men wordt rustig, blij en angsten verminderen. Bij een kleine dosis geven deze middelen een fit gevoel. Opiaten, alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen behoren tot deze groep;
- **middelen die de zintuiglijke ervaring veranderen**. Tijd en ruimte worden anders beleefd, muziek klinkt anders, de visuele waarneming verandert, ... Voorbeelden zijn cannabis, LSD (d-lysergic acid diethylamide) en psilopaddenstoelen.

Daarnaast zijn er middelen die niet in deze drie categorieën thuishoren omdat ze meerdere effecten hebben (Kerssemakers e.a., 2008). XTC bijvoorbeeld heeft zowel stimulerende als hallucinogene effecten en ketamine is een verdovingsmiddel dat recreatief vooral als tripmiddel wordt gebruikt. De effecten zijn ook afhankelijk van de gebruikte dosis. Cannabis bijvoorbeeld, ontspant, maar geeft in hoge doses tripeffecten.

1.1.3 Illegale drugs

Het bezit, de in- en uitvoer, de doorvoer, de vervaardiging, de bewaring, de etikettering, het vervoer, de makelarij, de verkoop en het te koop stellen, het afleveren of aanschaffen van sommige drugs is in België verboden door de Wet van 24 februari 1921 op het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica[3] (Van Cauwenberghe, 2008). In 2003 is de wet grondig aangepast en veranderde ook de titel. De wet handelt nu ook over stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen. In uitvoering van de wet van 1921 zijn twee koninklijke besluiten van belang namelijk het K.B. van 1930 betreffende de verdovende middelen[4] en het K.B. van 1998 betreffende de psychotrope stoffen[5]. Deze koninklijke besluiten bepalen welke middelen strafbaar gesteld worden. De lijst van producten wordt regelmatig aangepast. Volgende middelen zijn strafbaar en bijgevolg illegaal: methadon, cocaïne, heroïne, opium, cannabis, MDMA, PMA, XTC, GHB, ketamine, LSD en andere afgeleiden van lysergine, hallucinogene paddenstoelen, fencyclidine (angel dust), flunitrazepam (rooie knol, Rohypnol®), amfetamine, mescaline, khat, peyotl, ibogaine, salvia divinorum[6].

Een belangrijke vernieuwing die in 2003 in de Belgische drugwet werd doorgevoerd is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen cannabis en andere drugs (artikel 11). Cannabis blijft verboden maar er moet geen proces verbaal meer opgesteld worden als een meerderjarige persoon een kleine hoeveelheid cannabis op zak heeft voor persoonlijk gebruik en als aan bepaalde voorwaarden voldaan is[7] (De Maeseneire & Vandenberghe, 2003). Voor minderjarigen geldt dit niet. Ondertussen is op 20 oktober 2004 artikel 11 door het arbitragehof vernietigd wat betekent dat politiediensten opnieuw een proces-verbaal moeten opmaken. Voor een uitgebreide omschrijving van andere wijzigingen in de drugwet verwijzen we naar andere bronnen[8].

---

[3] B.S. 6 maart 1921.

[4] B.S. 10 januari 1931.

[5] B.S. 14 januari 1999.

[6] Deze lijst is niet exhaustief. We vermelden hier de meest gekende middelen. Voor de volledige lijst dient de geconsolideerde wetgeving over de koninklijke besluiten geraadpleegd te worden.

[7] Er is geen indicatie van problematisch gebruik, er is geen sprake van openbare overlast, er zijn geen verzwarende omstandigheden en er zijn geen specifieke uitzonderingen.

[8] Vander Laenen, F. & Dhont, F. (2003). Zalven en slaan. Een eerste analyse van de nieuwe drugwetgeving. *Tijdschrift voor strafrecht,* 4, 5, 227-245. Van Gaever, J. (2003). De nieuwe drugwet: wijzigingen en toepassingsmo(g)e(i)lijkheden. *Tijdschrift voor strafrecht,* 275-284.

Methadon (Mephenon®) en buprenorfine (Subutex®, Temgesic®, Transtec®) zijn krachtige narcotische analgetica verwant aan de opiaten die in België legaal op voorschrift te verkrijgen zijn en die als vervangmedicatie gebruikt worden bij detoxificatie en onderhoudsbehandeling bij gebruikers van opiaten. Het gebruik ervan wordt in België geregeld in het K.B. van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen. In hoofdstuk 7 over de hulpvraag worden ook cijfers over deze middelen besproken.

Andere drugs zoals tabak en alcohol zijn legaal. Deze middelen zijn in België vrij verkrijgbaar al wordt het gebruik ervan wel wettelijk aan banden gelegd. Zo is er regelgeving die voor tabak de reclame, de etikettering, het teer- en nicotinegehalte, roken in openbare plaatsen en roken op het werk regelt en de verkoop van tabak aan jongeren onder de 16 jaar verbiedt (De Maeseneire & Vandenberghe, 2003). Inzake alcoholgebruik is het wettelijk verboden om sterke drank te schenken of zelfs gratis aan te bieden aan minderjarigen, om alcohol te schenken aan jongeren onder de zestien jaar, om op een openbare plaats dronken te zijn, om alcohol te geven aan een persoon die reeds dronken is en om zich in het verkeer te begeven met een alcoholgehalte van 0,5 promille of meer in het bloed.

1.2 Problematisch gebruik, misbruik en afhankelijkheid

Wie drugs neemt, kan er afhankelijk van worden. Hoewel in het dagelijkse taalgebruik nog vaak gesproken wordt van 'verslaving' kan deze zwaarbeladen en stigmatiserende term best vermeden worden (Casselman, 2007).
In de internationale classificatiesystemen van ziekten (ICD-10[9]) en psychiatrische stoornissen (DSM-IV-TR[10]) komt het begrip (drug)verslaving immers niet voor maar is er sprake van *stoornissen **in** het gebruik van een middel,* verder gespecificeerd als *misbruik* en *afhankelijkheid*.

Misbruik van een middel is een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals in een periode van 12 maanden blijkt uit tenminste 1 van de volgende kenmerken (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001):

1. herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of

Vander Laenen, F. (2004). De nieuwe ministeriële omzendbrief voor druggebruikers. Het vervolgingsbeleid laat er zich niet door leiden. *Panopticon*, 5, 9-29. Vander Laenen, F. & Dhont, F. (2005). De vernietiging van artikel 16 van de wet van 3 mei 2003 tot wijziging van de drugwet van 24 februari 1921: kroniek van een aangekondigde vernietiging. *Tijdschrift voor strafrecht,* 6, 1, 36-43.

9 International Classification of Diseases van de wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

10 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders van de American Psychiatric Association. De DSM-IV is een classificatie van psychische stoornissen ontwikkeld voor gebruik in hulpverlening, opleiding en onderzoek.

thuis (bijvoorbeeld herhaaldelijk afwezig of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende afwezigheid; schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of huishouden);
2. herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is);
3. herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie (bijvoorbeeld aanhouding wegens verstoring van de openbare orde in samenhang met het middel);
4. voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door de effecten van het middel (bijvoorbeeld ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van de intoxicatie, vechtpartijen).

Deze verschijnselen mogen nooit voldaan hebben aan de criteria voor afhankelijkheid.

Afhankelijkheid van een middel wordt gekenmerkt door een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit tenminste 3 van de volgende kenmerken die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van 12 maanden voordoen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001):
1. Tolerantie[11], gedefinieerd door ten minste één van de volgende:
   - een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van een middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken;
   - een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
2. Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
   - het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom[12];
   - hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.

---

[11] Bij sommige drugs ontstaat tolerantie of gewenning (De DrugLijn, 2008a). Na verloop van tijd neemt het effect van een bepaalde hoeveelheid of dosis af. Dat komt omdat het lichaam de dosis op de duur beter verdraagt en de lever de drug sneller leert afbreken. Om hetzelfde roeseffect te bekomen zullen veel gebruikers een grotere hoeveelheid gebruiken. Als iemand een tijdje stopt met gebruiken verdwijnt de gewenning. Een kleinere hoeveelheid volstaat dan weer om effect te hebben. Neemt men, nadat men ontwend is, toch opnieuw een grote dosis, dan riskeert men een overdosis.

[12] Onthoudingsverschijnselen wijzen op het feit dat het lichaam van de gebruiker niet meer zonder de stof kan. De ontwenning van cocaïne bijvoorbeeld wordt gekarakteriseerd door een sombere stemming gecombineerd met minstens twee van volgende fysiologische veranderingen: vermoeidheid, slapeloosheid of hypersomnie, levendige onaangename dromen, agitatie, verhoogde eetlust, psychomotorische retardatie (Hermans & Schrooten, 2005). Sommige mensen krijgen een typisch ontwenningssyndroom, gekenmerkt door depressie, angst en craving, gevolgd door algemene vermoeidheid en nood aan slaap (een ‘crash’). Na het eerste ontwaken volgen een verhoogde eetlust, voortdurende slaperigheid, depressie en anhedonie. Normaal gezien keert een normale gemoedstoestand terug na enkele dagen, hoewel anhedonie en dysforie in sommige gevallen nog weken kunnen aanhouden. Voor cannabis en hallucinogenen beschrijft de DSM-IV-TR geen onthoudingsverschijnselen.

3. Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
4. Er bestaat een aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
5. Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettingroken) of aan het herstel van de effecten ervan.
6. Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
7. Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd door het middel (bijvoorbeeld doorgaan met alcoholgebruik ondanks het besef dat een maagzweer erdoor verergert).

In de praktijk wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen psychische en lichamelijke afhankelijkheid.
Bij **psychische afhankelijkheid** neemt het gebruik van het middel zo'n belangrijke plaats in het leven van de gebruiker in dat hij denkt en voelt niet zonder te kunnen (Van Der Stel, 2007).
Bij **lichamelijke afhankelijkheid** hebben de hersenen en het lichaam zich aangepast aan de (voortdurende) toediening van het middel waardoor herhaalde toediening van de stof nodig is om onthoudingssymptomen te voorkomen (Van Der Stel, 2007).
De lichamelijke kant van afhankelijkheid is veel makkelijker op te vangen dan de psychische afhankelijkheid (De DrugLijn, 2008a). Van bijna elke drug kan men op veertien dagen lichamelijk clean zijn. Maar de psychische afhankelijkheid blijft mensen vaak veel langer parten spelen.
De DSM-IV-TR brengt geen specificatie psychische afhankelijkheid aan (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001). Wanneer er aanwijzingen zijn voor tolerantie of onthouding spreekt de DSM-IV-TR van lichamelijke afhankelijkheid.

Daarnaast beschrijft de DSM-IV-TR *stoornissen die **door** een middel teweeggebracht worden* namelijk intoxicatie en onthouding. Andere stoornissen die door gebruik van een middel kunnen optreden zijn delirium, persisterende dementie, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, angststoornis, seksuele disfunctie, slaapstoornis en persisterende waarnemingsstoornis (flashbacks).

Onder **intoxicatie** door een middel wordt verstaan (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001):
- het ontstaan van een reversibel middel-specifiek syndroom als gevolg van recent gebruik van (of blootstelling aan) een middel;
- gedrags- of psychische veranderingen die het gevolg zijn van het effect van het middel op het centraal zenuwstelsel die in significante mate onaangepast zijn en die tijdens of kort na het gebruik van het middel ontstaan (bijvoor-

beeld ruziemaken, stemmingslabiliteit, cognitieve beperkingen, oordeelsstoornis, slecht sociaal of beroepsmatig functioneren);
- de symptomen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Onder **onthouding** van een middel wordt verstaan (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001):
- de ontwikkeling van een middel-specifiek syndroom als gevolg van het staken (of verminderen) van het gebruik van het middel dat daarvoor aanzienlijk en van lange duur is geweest;
- het middel-specifieke syndroom veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op belangrijke andere terreinen;
- de symptomen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

De stoornissen in en door het gebruik van middelen worden in de DSM-IV beschreven voor amfetamines, cannabis, cocaïne, hallucinogenen, vluchtige stoffen, opiaten, fencyclidine, een ander of onbekend middel en verschillende middelen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001). Voor bepaalde middelen zijn één of meerdere criteria niet van toepassing (er zijn bijvoorbeeld geen onthoudingsverschijnselen voor afhankelijkheid van cannabis en hallucinogenen).
Ook afhankelijkheid van verschillende middelen wordt in de DSM-IV beschreven. De betrokkene moet dan gedurende een periode van 12 maanden bij herhaling ten minste drie groepen van middelen gebruikt hebben (nicotine en cafeïne niet inbegrepen) terwijl geen enkel middel op de voorgrond heeft gestaan.

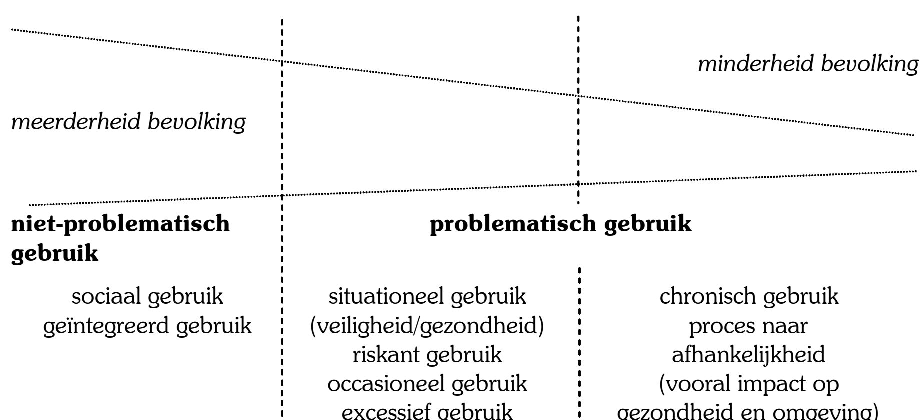
Naast de eerder medisch-psychiatrische termen misbruik en afhankelijkheid wordt tegenwoordig ook vaak het concept **problematisch gebruik** gehanteerd.
Het gebruik van drugs kan al dan niet problemen voor de persoon zelf en/of zijn omgeving met zich mee brengen (De Donder & Lambrechts, 2002). Of druggebruik als problematisch wordt gedefinieerd is niet alleen afhankelijk van het middel (bv. legaal of illegaal) maar ook van de gebruiker (bv. jongere of volwassene) en de context (bv. thuis, op het werk). Figuur 1 toont het continuüm tussen niet-problematisch en problematisch gebruik.

Niet-problematisch gebruik: is gematigd gebruik met een beperkt risico dat geïntegreerd is in de samenleving (De Donder & Lambrechts, 2002).

Problematisch gebruik: dit kan enerzijds omschreven worden als een proces dat kan leiden tot afhankelijkheid (De Donder & Lambrechts, 2002). In dat geval is het vooral een gezondheidsprobleem met een (ernstige) weerslag op andere domeinen (gezin, werk, ...). We spreken anderzijds ook van problematisch gebruik wanneer men middelen gebruikt in een verkeerde situatie (bijvoorbeeld in het verkeer) of op een verkeerd tijdstip (bijvoorbeeld op het werk). In de meeste gevallen speelt hierbij de hoeveelheid een belangrijke rol, al kan in sommige settings een geringe hoeveelheid al een probleem vormen.

Terwijl langdurig overmatig gebruik op termijn ernstige lichamelijke schade kan toebrengen, is occasioneel overmatig gebruik vooral een functioneringsprobleem, dat in een aantal gevallen ook ernstige gezondheidsschade kan berokkenen (verkeersongevallen, overdosissen). De schade wordt mede bepaald door kenmerken van de gebruiker, de drug zelf en de wijze van gebruik. Occasioneel problematisch gebruik kan ook een signaal zijn van een zich ontwikkelend afhankelijkheidsprobleem.

Figuur 1 – Niet-problematisch versus problematisch gebruik



Bron: De Donder & Lambrechts, 2002

In 2003 wordt het concept **problematisch gebruik** opgenomen in de drugwet van 1921 waarin een nieuw artikel, artikel 11, wordt toegevoegd (Vander Laenen, 2007). Artikel 11 bepaalt dat politiediensten die het bezit van een gebruikershoeveelheid cannabis vaststellen, zonder dat er sprake is van openbare overlast of problematisch gebruik, geen proces-verbaal meer zouden opmaken. Deze wetswijziging kende heel wat kritiek. Onderzoek van Decorte e.a. (2005) toonde aan dat het concept problematisch gebruik voor politie/justitie niet hanteerbaar is. Op 20 oktober 2004 werd dit artikel trouwens door het arbitragehof vernietigd. Dit betekent wel dat de politie opnieuw een proces-verbaal moet opmaken.

1.3 Methodes om druggebruik in te schatten en gebruikte terminologie

Epidemiologische gegevens helpen vragen te beantwoorden die vanuit beleidsoogpunt belangrijk zijn, zoals wat is de omvang van druggebruik? Welke (nieuwe) drugs worden gebruikt? Wie gebruikt drugs? Wat is de aard van drugsmisbruik? Wat is de aanleiding voor drugsmisbruik? Welke factoren leiden tot ge-

bruik of continuering van gebruik? Welke sociale, psychologische en gezondheidsproblemen zijn gerelateerd aan druggebruik?
Om een antwoord op deze vragen te vinden kunnen verschillende methoden en databronnen aangesproken worden, die elk hun voor- en nadelen hebben.

Biologische tests op bloed, urine, zweet, speeksel of haar geven een accurate weergave van de gebruikte middelen (Sloboda, 2005). Er kan echter niet altijd exact weergegeven worden om welke middelen het gaat en de detectietijd varieert. Bovendien is het verzamelen van dergelijke stalen op populatieniveau zeer duur.

Om middelengebruik in de maatschappij in te schatten kan gebruik gemaakt worden van **reeds bestaande registratiedata** van **justitiële of hulpverleningsinstanties** (Sloboda e.a., 2005; WHO, 2000). Een voordeel van deze data is dat ze goedkoop en redelijk gemakkelijk toegankelijk zijn. Als ze consistent werden bijgehouden kunnen ze trends op lange termijn aangeven (WHO, 2000). Toch zijn er heel wat beperkingen aan verbonden (Sloboda e.a., 2005; WHO, 2000). Ze omvatten bijvoorbeeld ook personen die slechts eenmaal in hun leven drugs gebruikt hebben maar anderzijds kan eenzelfde druggebruiker verschillende keren in verschillende systemen geregistreerd zijn. Informatiesystemen die niet specifiek omwille van druggebruik zijn opgezet zullen slechts beperkte drugsspecifieke informatie bevatten (bv. gerechtelijke statistieken geven wel het aantal veroordeelden voor overtredingen van de drugwetgeving maar niet het aantal druggebruikers dat voor andere misdrijven is veroordeeld). Deze data laten geen conclusies toe op populatieniveau. Niet alle druggebruikers komen immers in contact met hulpverlening of justitie. Doorgaans zijn het de zwaardere of problematische gebruikers die gekend zijn bij justitiële of hulpverleningsinstanties. Bovendien geven de cijfers van de hulpverlening aan welke groepen door het bestaande aanbod worden bereikt. De justitiële cijfers zijn een weergave van de gerichte aanpak van bepaalde fenomenen. Tot slot zijn dit soort data zeer gevoelig aan administratieve en politieke veranderingen.

Om druggebruik in de algemene bevolking in te schatten kan ook beroep gedaan worden op **bevolkingsonderzoek** in een representatieve steekproef van de bevolking, zogenaamd **cross-sectioneel onderzoek** (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2009; Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2006). Via een schriftelijke of mondelinge vragenlijst geven de respondenten zelf aan of ze al dan niet drugs gebruiken en hoe vaak ze dat doen. Dergelijk **zelfrapportage** onderzoek heeft eveneens beperkingen. Zo spelen ondermeer vertekeningen in het geheugen mee en is dergelijke methode minder geschikt om gedrag dat in beperkte groep voorkomt te meten bv. injecterend heroïnegebruik, ... Men moet ook rekening houden met non respons en met het feit dat bepaalde groepen van bevolkingsonderzoek worden uitgesloten (bv. thuislozen, personen die in instellingen verblijven, analfabeten, ...) (Adlaf, 2005).
In bevolkingsonderzoek wordt een **gestandaardiseerde vragenlijst** gebruikt met antwoordcategorieën die voor alle respondenten dezelfde zijn (Decorte e.a., 2009). Dit houdt het risico in dat respondenten in een bepaalde richting worden

gedwongen die niet helemaal met hun gebruik overeenstemt of dat ze niet alle aspecten in verband met hun middelengebruik kwijt kunnen. Er gaat bijgevolg informatie verloren. Gestandaardiseerde vragenlijsten leiden tot sociaal wenselijke antwoorden en men moet zeker rekening houden met een onderschatting van genotmiddelengebruik.
Als dezelfde vragenlijst in de tijd wordt herhaald kunnen via cross-sectioneel onderzoek trends in de tijd worden nagegaan (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2006). Om causale verbanden te onderzoeken is dergelijk onderzoek minder geschikt. Oorzakelijke verbanden kunnen wel onderzocht worden in **longitudinale cohort studies** waarbij een steekproef van de bevolking gedurende maanden of jaren wordt gevolgd.
Bevolkingsonderzoek kan algemeen zijn en de totale bevolking beogen maar er zijn ook **speciale bevolkingsonderzoeken**, gericht op een specifieke deelpopulatie bijvoorbeeld schoolgaande jongeren, injecterende gebruikers, studenten, ... (Decorte e.a., 2009).
Injecterende druggebruikers of gebruikers van opiaten of crack worden vaak een **verborgen populatie** of **moeilijk bereikbare groep** genoemd (Adlaf, 2005; Taylor & Griffiths, 2005). Ze zijn in een algemene populatie redelijk zeldzaam en ze zullen ook niet gemakkelijk deelnemen aan onderzoek. Om toegang te krijgen tot deze groepen is men op niet-toevallige steekproeven aangewezen die bijvoorbeeld worden samengesteld door de sneeuwbalmethode of 'privileged acces interviewers'.

Bevolkingsonderzoek geeft een schatting van het deel van de bevolking dat gedurende een bepaalde periode illegale drugs gebruikt heeft. Doorgaans worden daarvoor de volgende maten gebruikt (EMCDDA, 2009a):
- **ooit-gebruik** gedurende het leven ('life time'), ook wel **ooit prevalentie** genoemd. Dit omvat het aantal personen dat ooit illegale drugs gebruikt heeft;
- gebruik tijdens het **afgelopen jaar** (laatste 12 maanden), ook wel **laatstejaarprevalentie** genoemd of **recent gebruik**. Dit geeft aan hoeveel personen het laatste jaar illegale drugs hebben gebruikt;
- gebruik tijdens de **afgelopen maand** (laatste 30 dagen), ook wel **laatstemaandprevalentie** genoemd of **actueel gebruik**. Dit verwijst naar het aantal personen die de laatste maand illegale drugs hebben gebruikt.

Prevalentie zegt iets over het aantal druggebruikers in een bepaald land, gemeenschap en de verdeling over verschillende bevolkingsgroepen (Hartnoll, 2002). **Incidentie** staat voor het percentage nieuwe gebruikers.

Ooit-gebruik geeft het hoogste cijfer maar zegt weinig over het actuele gebruik (EMCDDA, 2009a). Het geeft wel een ruwe schatting van de mate waarin een populatie ervaring heeft met druggebruik. Een analyse naar leeftijdsgroep (of geboortecohorte) geeft ook inzicht in de generationele dynamiek van druggebruik, met andere woorden wanneer een drug populair wordt. Ooit-gebruik is nuttig voor het schatten van de incidentie. Het is ook interessant voor het berekenen van continuerings- en discontinueringspercentages van ooit-gebruikers.

Het **continueringspercentage** verwijst naar het aantal personen dat het middel nu gebruikt vergeleken met het aantal personen die het middel ooit gebruikten.

Recent gebruik geeft lagere cijfers maar geeft een beter inzicht in de huidige situatie (EMCDDA, 2009). De combinatie van ooit- en recent gebruik geeft basisinformatie over gebruikspatronen (bv. continueringspercentages).

Actueel gebruik geeft een indicatie van regelmatig gebruik en van intensievere vormen van gebruik (EMCDDA, 2009). Het gaat meestal om zeer lage percentages als de hele volwassen bevolking (15-64 jaar) wordt bekeken.

Naast al dan niet gebruik van illegale drugs binnen een afgebakende periode (leven, laatste jaar of laatste maand) kan de **intensiteit** van gebruik worden nagegaan (Decorte e.a., 2009). Daarmee wordt zowel de frequentie als de hoeveelheid van gebruik bedoeld. De maatstaf van **frequentie** is het aantal dagen of gelegenheden waarop het middel gebruikt wordt. Het meten van frequentie van gebruik geeft een beter zicht op gebruikscarrières en gebruikspatronen en laat toe een onderscheid te maken tussen occasionele en regelmatige gebruikers. De gebruikte **hoeveelheid** (aantal gram, aantal joints, ...) laat toe om excessief gebruik in te schatten.

In cross-sectioneel en longitudinaal cohort onderzoek wordt via gestandaardiseerde vragenlijsten meestal kwantitatieve informatie verzameld (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2006). **Kwalitatief onderzoek** verzamelt gedetailleerde informatie over ervaringen, motivatie, waarden en gedrag, bijvoorbeeld via diepte interviews of focusgroepen.

Tot slot is het aangewezen om veel gebruikte termen die in de publicatie gebruikt worden kort toe te lichten. Als gesproken wordt over **algemene bevolking** dan wordt daar de volwassen bevolking van 15 jaar of ouder of van 18 jaar en ouder mee bedoeld. Bij de bespreking van specifieke onderzoeksresultaten wordt dit verder verduidelijkt.
De term **scholieren** wordt gebruikt als data besproken worden afkomstig uit schoolonderzoeken (bv. ESPAD, HBSC, VAD-leerlingenbevraging). Het gaat om jongeren tussen 11 en 18 jaar die in deze schoolse context werden bevraagd.
In de bespreking van de resultaten van onderzoek waar jongeren *buiten* een schoolse context worden onderzocht bv. in de vrije tijd, ... is sprake van **jongeren**. Jongerenonderzoek wordt ook gebruikt als overkoepelende term voor onderzoek bij scholieren en studenten in het hoger onderwijs.
Met **studenten** worden jongeren bedoeld die school lopen in het hoger onderwijs.
Verschillende studies hebben het over **occasioneel**, **regelmatig** of **frequent** gebruik. Aangezien de definiëring van deze begrippen vaak per studie verschilt is de verduidelijking van de termen weergegeven in de tekst die de resultaten van deze studies bespreekt.

Waar mogelijk wordt bij de resultaten aangegeven of er sprake is van statistisch **significante**[13] trends.

---

[13] In de statistiek wordt een resultaat significant genoemd als het (waarschijnlijk) niet op toeval berust.

1.4 Ontstaan en continuering van (problematisch) druggebruik. Beschermende en risicofactoren

Op basis van enkele overzichtsstudies geeft deze paragraaf een samenvatting van risicofactoren en beschermende factoren die een impact hebben op (problematisch) middelengebruik. Er moet bij gezegd dat hiervoor geen exhaustieve literatuurreview is gemaakt. Risicofactoren van (problematisch) middelengebruik zijn al grondig bestudeerd, beschermende factoren minder (Vander Laenen, 2008).

Er zijn risicofactoren voor beginnen met druggebruik, het continueren van druggebruik en het ontwikkelen van problematisch middelengebruik. Vaak wordt in onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen risicofactoren voor druggebruik en risicofactoren voor problematisch gebruik, hoewel deze niet noodzakelijk dezelfde zijn. Ook is het onderscheid tussen factoren die leiden tot beginnen met druggebruik en factoren die leiden tot continueren van druggebruik niet altijd duidelijk. Verder is niet altijd gepreciseerd welke factoren middelengebruik in het algemeen bepalen dan wel een impact hebben op gebruik van bepaalde middelen (bv. alleen cannabisgebruik).

Het onderzoek naar risicofactoren is niet onbesproken. Voor sommigen is het ontrafelen van de oorzaken van drugsmisbruik absoluut essentieel. Volgens anderen zoals Rhodes (2003) is de zoektocht naar causaliteit niet noodzakelijk is in het ontwikkelen van praktische interventies.
Een tweede opmerking van Rhodes e.a. (2003) is dat het onderzoek naar risicofactoren overdreven focust op individuele, intrapersoonlijke factoren. Individualistische modellen domineren waarbij druggebruik als een probleem wordt uitgelegd dat een individuele oplossing vraagt. Het onderzoek besteedt weinig aandacht aan omgevingsfactoren. De keuze voor druggebruik vanuit het element plezier komt ook amper aan bod.
Ten derde is het onderzoek voornamelijk Noord-Amerikaans (Rhodes e.a., 2003) en in westerse culturen uitgevoerd (Swadi, 1999). Risicofactoren kunnen echter een ander effect hebben naargelang gender, leeftijd, etniciteit, cultuur of omgeving (NIDA, 2003).
Ten vierde is het onderzoek naar risicofactoren voornamelijk gebaseerd op steekproeven in scholen of in de drughulpverlening. Net degenen die het meest kwetsbaar zijn voor problematisch druggebruik worden slechts in beperkte mate bereikt (Vander Laenen, 2008).
Ten slotte kan het selecteren van risicogroepen, bijvoorbeeld als doelgroep voor preventie initiatieven, een gevaar inhouden op labelling en stigmatisering (NIDA, 2003).

1.4.1 Wat zijn beschermende en risicofactoren?

Een **risicofactor** is een individueel kenmerk of een situationele context die vooraf gaat aan het druggebruik en de kans op druggebruik of problemen met

druggebruik verhoogt (Brook e.a., 2006; Rhodes e.a., 2003). Sommige risicofactoren zijn ontwikkelingsspecifiek wat wil zeggen dat sommige meer invloed hebben tijdens de kindertijd (bv. gezinsfactoren) en andere meer tijdens de adolescentie (bv. invloed van leefstijlgenoten) (Swadi, 1999).

Beschermende factoren blokkeren blootstelling aan de negatieve gevolgen van risicofactoren, reduceren de impact van het risico, versterken het effect van andere beschermende factoren of ze wijzigen de manier waarop de persoon op het risico reageert (Brook e.a., 2006; Hogan, 2009; Loxley e.a., 2004). Ze hebben geen directe voorspellende invloed op druggebruik (Brook e.a., 2006; Loxley e.a., 2004). Beschermende factoren verhogen de veerkracht, verminderen de kwetsbaarheid en maken het zo minder waarschijnlijk dat drugs worden gebruikt (Swadi, 1999). Beschermende factoren kunnen het druggebruik ook uitstellen (Swadi, 1999). De invloed van beschermende factoren is groter tijdens bepaalde periodes in de ontwikkeling bv. bij de overgang van kindertijd naar adolescentie.

Om te begrijpen hoe drugproblemen ontstaan dient men zich af te vragen wie welk middel gebruikt in welke omstandigheden (Casselman, 2007). Men dient met andere woorden rekening te houden met de drie M's: de kenmerken van de gebruiker (Mens), de aard van het gebruikte middel (Middel) en de kenmerken van de omgeving (Milieu) waarin het gebruik plaatsvindt (**mens-middel-milieu**) (Zinberg, 1984). Het individu kan door zijn eigenheid op biologisch, psychologisch en genetisch vlak een bepaalde kwetsbaarheid hebben voor (problematisch) middelengebruik (Lambrechts & Van Baelen, 2002). Hij staat onder invloed van zijn directe omgeving, zijn familie, de school, de vrienden, enzovoort. Verder zijn er structurele factoren zoals de woonomgeving, socio-economische factoren of de beschikbaarheid van middelen op de markt. Ook het wettelijk kader speelt een rol. Het al dan niet verbieden van een bepaald middel bepaalt mee de aard van het gebruik. De aard en de zuiverheid van het middel, de toedieningswijze en de gebruikspatronen bepalen de potentiële schadelijkheid van een middel (Coggans, 2008).

Bij het bespreken van risico- en beschermende factoren voor (problematisch) middelengebruik is het onderscheid tussen een **associatief** en een **causaal verband** van belang. Risicofactoren hebben niet noodzakelijk een causaal effect op middelengebruik of problemen (Rhodes e.a., 2003). Risicofactoren zijn veeleer voorspellend dan oorzakelijk (Rhodes e.a., 2003). Meestal is het niet één factor die bepaalt of iemand al dan niet drugs gaat gebruiken of misbruiken maar een samenspel tussen verschillende risico- en beschermende factoren die cumulatief het optreden van druggebruik of drugproblemen verhogen (Coggans, 2008; Home office, 2007; NIDA, 2003;). Het aantal risicofactoren waaraan men is blootgesteld is belangrijk. Hoe meer risicofactoren hoe groter de kans op druggebruik. Er is ook een cumulatief effect voor beschermende factoren (Swadi, 1999). Daarnaast is het zo dat slechts een minderheid van de personen die een groter risico lopen met druggebruik starten of er problemen mee krijgen (NIDA, 2003).

In de factoren die een rol spelen in middelengebruik kan onderscheid gemaakt worden tussen **omgevingsfactoren en individuele factoren** (Matthys e.a., 2006).

1.4.2 Risicofactoren in de omgeving

Qua **omgevingsfactoren** spelen in de ***brede sociale context*** prijs, reclame, positieve media aandacht, wetten en normen (bv. wettelijk toegestane leeftijd voor gebruik), (ingeschatte) beschikbaarheid van middelen en ongunstige buurtkenmerken (zoals slechte behuizing) een rol (Hogan, 2009; Loxley e.a., 2004; Matthys e.a., 2006; Van Der Stel, 2007). In buurten waar bewoners een lage betrokkenheid bij de buurt hebben, veel vandalisme en een lage sociale controle is, zijn er meer drugproblemen (Hogan, 2009). Dit geldt ook voor buurten van de hogere inkomens. Kinderen die in extreem arme buurten wonen en die al op jonge leeftijd gedragsproblemen vertonen hebben meer kans om problemen te krijgen met druggebruik (Hogan, 2009).

In de ***directe sociale omgeving*** zijn er **gezinskenmerken** die een rol spelen bij middelengebruik: druggebruik van ouders of andere gezinsleden verhoogt de kans op druggebruik bij adolescenten (Matthys e.a., 2006; Swadi, 1999). Kinderen van ouders die drugs misbruiken hebben een hoger risico om zelf druggerelateerde stoornissen en drugsmisbruik te ontwikkelen (Hogan, 2009; Swadi, 1999). In veel gevallen zal niet het druggebruik op zich de risicofactor zijn maar bv. de opvoedingsstijl of de leefomgeving die samenhangt met het druggebruik van de ouders. Ook druggebruik door andere belangrijke volwassenen in de directie sociale omgeving is een risicofactor voor druggebruik tijdens de adolescentie. Een positieve, tolerante houding van het gezin tegenover druggebruik wordt eveneens als risicofactor genoemd (Hogan, 2009; Swadi, 1999; Van Der Stel, 2007).
Gezinsachtergrond en opvoedingsstijl zoals gescheiden ouders, onenigheid tussen de ouders, ouders die geen richting geven, negatieve of weinig communicatie, inconsistente discipline door de ouders, gebrek aan verbondenheid zijn risicofactoren voor druggebruik in de adolescentie (Lloyd, 1998; Swadi, 1999). Gebrek aan duidelijke verwachtingen in verband met gedrag en extreem strenge of inconsistente straffen verhoogt het risico op drugsmisbruik (Hogan, 2009). Persisterende, ernstige conflicten tussen partners of tussen ouders en kinderen verhoogt het risico op druggebruik bij de kinderen (Hogan, 2009). Te weinig op de hoogte zijn van het doen en laten van zoon of dochter ('parental monitoring') speelt een rol in beginnend middelengebruik (Hogan, 2009; Matthys e.a., 2006). Vooral bij meisjes kan dit ook leiden tot ernstiger middelengebruik.
Tot slot kan het oogluikend toelaten van gedrag zoals drugsmisbruik, als een natuurlijke reactie van het gezin om intact te blijven en te overleven, het risico verhogen dat drugsmisbruik wordt verder gezet.

Andere risicofactoren in de ***directe sociale omgeving*** zijn het aansluiten bij een groep **leefstijlgenoten** die uitgestoten zijn, antisociaal gedrag vertonen of

middelen gebruiken (Hogan, 2009; Matthys e.a., 2006). Dit speelt ook een rol in het verder gebruiken. Afwijzing door vrienden kan eveneens een risicofactor zijn (Van Der Stel, 2007). De invloed van leefstijlgenoten zou veruit de grootste impact hebben op middelengebruik van adolescenten (Swadi, 1999).
Hoe jonger kinderen zijn bij blootstelling aan middelengebruik van ouders, broers of zussen of vrienden, hoe meer kans dat ze zelf vroeg beginnen gebruiken wat dan weer meer kans geeft op problematisch gebruik op latere leeftijd (Coggans, 2008).

Stress is eveneens een **omgevingsfactor** die het ontstaan, verderzetten en herval in middelengebruik beïnvloedt (Matthys e.a., 2006). Stress op jonge leeftijd (bv. door seksueel misbruik) kan verband houden met middelengebruik op latere leeftijd. Individuele verschillen in reacties op stressvolle gebeurtenissen zijn bepalend voor het effect van stress op middelengebruik, -misbruik en -afhankelijkheid.

1.4.3 Individuele risicofactoren

De laatste 15 jaar is er veel onderzoek gedaan naar **individuele factoren** die een rol spelen bij middelengebruik en -misbruik (Matthys e.a., 2006). Het gaat dan om genetische factoren, persoonlijkheidskenmerken, agressief gedrag, psychiatrische stoornissen, de invloed van de adolescentieperiode, stoornissen in de prefrontale executieve functies, schoolse factoren, attitudes en middelengebruik.
De rol van **erfelijkheid** is groter bij frequent gebruik en misbruik en afhankelijkheid dan bij beginnend gebruik (Matthys e.a., 2006).
Op zoek gaan naar nieuwe of spannende dingen ('novelty seeking' en 'sensation seeking'), niet vermijden van wat schadelijk of onprettig is (laag niveau van ‘harm avoidance’), zich richten op signalen van beloning (‘reward dependence’) en gebrek aan impulscontrole zijn **persoonlijkheidskenmerken** die een risicofactor zijn voor middelengebruik en -afhankelijkheid (Hogan, 2009; Matthys e.a., 2006).
Agressief gedrag, vooral als het deel uitmaakt van een antisociale gedragsstoornis in de kindertijd, is een risicofactor voor middelengebruik en -afhankelijkheid in de adolescentie en de volwassenheid (Matthys e.a., 2006).
Er is een verband tussen **premorbide psychiatrische stoornisssen** (antisociale gedragsstoornis, oppositioneel-opstandige gedragsstoornis, angststoornis, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), stemmingsstoornissen) en middelenmisbruik of -afhankelijkheid (Matthys e.a., 2006). Een **antisociale gedragsstoornis of oppositioneel-opstandige gedragsstoornis** verhoogt de kans op gebruik.
Adolescenten zijn minder gevoelig voor de directe negatieve gevolgen van middelengebruik dan volwassen (bv. voor sedatie bij alcoholgebruik of stimulerend effect op motoriek van amfetamines) terwijl het leergedrag (dat middelen geassocieerd worden met beloning) bij hen sterker is dan bij volwassenen (Matthys e.a., 2006). Dit bevordert het experimenteren met middelen door jongeren.

Middelengebruik op **jonge leeftijd** is een belangrijke voorspeller van middelenmisbruik of -afhankelijkheid op latere leeftijd (Matthys e.a., 2006). Wat betreft cannabisgebruik kan daaraan toegevoegd worden dat cannabisgebruik in de adolescentie meer kans geeft op cannabisafhankelijkheid dan wanneer pas als volwassene voor het eerst cannabis gebruikt wordt (Coggans, 2008). Wel dient er rekening mee te worden gehouden dat een vroege beginleeftijd van gebruik op haar beurt ook bepaald wordt door andere risicofactoren (Rhodes e.a., 2003).
Hoewel er nog verder onderzoek op dit terrein nodig is lijkt er een verband te zijn tussen **stoornissen in de prefrontale executieve functies** (respons-inhibitie, werkgeheugen, richten van aandacht, flexibiliteit) en middelenmisbruik of -afhankelijkheid (Matthys e.a., 2006).
Falen op **school** of opleiding en een slecht contact met de school kan middelenmisbruik in de hand werken (Hogan, 2009; Van Der Stel, 2007).
Zelf een **positieve houding** tegenover middelengebruik hebben kan eveneens leiden tot middelenmisbruik (Hogan, 2009; Van Der Stel, 2007).
Jongeren die voelen dat ze er **niet bij horen** in de maatschappij, die niet gebonden zijn aan regels, die niet geloven in succesvol of verantwoordelijk zijn of die een actieve **rebellerende houding** tegenover de maatschappij aannemen hebben een groter risico op drugsmisbruik (Hogan, 2009).
Tot slot kan nog **ander middelengebruik** genoemd worden. Adolescente rokers hebben meer kans om cannabis of andere middelen te gebruiken en op afhankelijkheid aan cannabis of andere middelen (Coggans, 2008).

Daarnaast zijn er ook periodes waarin het risico op druggebruik groter is. Dat geldt voor de grote transities in het leven waarin zich veranderingen in fysieke ontwikkeling (bv. overgang naar de puberteit) of sociale situaties voordoen (bv. verhuis, scheiding van de ouders) (NIDA, 2003). Belangrijke periodes zijn dan bijvoorbeeld voor het eerst naar school gaan, de overgang van de lagere naar de middelbare school, afstuderen en voor het eerst alleen gaan wonen of gaan werken, ...

Op basis van het onderzoek naar risicofactoren kunnen **kwetsbare groepen adolescenten** worden aangeduid die een groter risico lopen op drugsmisbruik (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2006; Lloyd, 1998). Het gaat dan om thuisloze jongeren, kinderen in pleeggezinnen of instellingen, zwangere jongeren, jongeren in prostitutie, spijbelaars, jongeren die misbruikt zijn, jongeren die contacten hebben met justitie (jonge delinquenten) of de hulpverlening. Ook jongeren die van school worden uitgesloten, kinderen van ouders met een drugprobleem en jongeren met gedragsproblemen of depressieve stoornissen vormen een kwetsbare groep.

1.4.4 Productgebonden risicofactoren

Conform het mens-middel-milieu model dient ook rekening te worden gehouden met eigenschappen van het gebruikte middel. Alle drugs beïnvloeden het

centraal zenuwstelsel (Geirnaert, 2007). Ze grijpen in op de natuurlijke beloningssystemen in de hersenen. Hierdoor worden veranderingen in de neuronen aangebracht waardoor een grotere gevoeligheid voor het middel en een grotere kwetsbaarheid voor problematisch gebruik ontstaat. Of iemand afhankelijk wordt van een middel is deels bepaald door de eigenschappen van het middel (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2006). Bij gebruik van nicotine of heroïne bijvoorbeeld is er sneller kans op afhankelijkheid dan bij gebruik van cannabis of alcohol.

1.4.5 Beschermende factoren

Beschermende factoren die druggebruik ontmoedigen zijn bijvoorbeeld attitudes en opvattingen die wijzen op een band tussen het individu en de conventionele maatschappij (Swadi, 1999). Dat kan bijvoorbeeld gaan om gehechtheid aan de ouders, betrokkenheid tot onderwijs of geloven in de waarden van de maatschappij. Andere beschermende factoren zijn steun van de ouders, positieve gezinsrelaties, praktiserend gelovig zijn, een wederzijds affectieve relatie tussen ouders en kinderen en controle door de ouders. Ook zingeving, sociale vaardigheden, interne 'locus of control', eigenwaarde en humor worden als beschermende factoren genoemd (Geirnaert, 2007).
Beschermende factoren die vooral op jonge leeftijd een rol spelen zijn bijvoorbeeld een gemakkelijk, verlegen of voorzichtig temperament, sociale en emotionele vaardigheden (Loxley e.a., 2004). Beschermende factoren die belangrijk zijn tijdens de adolescentie zijn betrokkenheid op het gezin, gezinsharmonie en religieuze betrokkenheid.

Sommige risico- en beschermende factoren sluiten elkaar uit. Bijvoorbeeld agressief gedrag op jonge leeftijd (risicofactor) betekent de afwezigheid van impulscontrole (beschermende factor) (NIDA, 2003). Andere risico- en beschermende factoren zijn onafhankelijk van elkaar. Bijvoorbeeld drugs kunnen beschikbaar zijn (risicofactor) ondanks het drugbeleid van de school (beschermende factor).

1.5 Maatschappelijke kost van het gebruik van illegale drugs

Middelengebruik brengt een aanzienlijke kost mee op het vlak van maatschappelijke kosten en kosten voor het voeren van een drugbeleid (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2007). **Maatschappelijke kosten** bestaan uit **directe medische kosten**, voor medische verzorging van ziektes en letsels die ontstaan ten gevolge van middelengebruik, uit **indirecte kosten**, ontstaan door productiviteitsverlies, bijvoorbeeld bij veelvuldige afwezigheid op het werk en uit **andere kosten** ten gevolge van schade door bv. criminaliteit of verkeersongevallen.

Overheidsuitgaven bestaan meestal uit investeringen voor preventie, hulpverlening, beleid en onderzoek.

Wat betreft illegale drugs hebben we voor België alleen een zicht op de overheidsuitgaven in de domeinen preventie, hulpverlening en veiligheid. De Ruyver e.a. (2007) berekenden de publieke uitgaven voor beleidsacties die uitdrukkelijk en rechtstreeks gericht zijn op het fenomeen van illegale drugs, het zogenaamde **drugbudget**. Per sector worden de overheidsuitgaven opgetekend voor het jaar 2004 (tabel 1). Uitgaven voor beleidsacties ten aanzien van de gevolgen van druggebruik zijn niet opgenomen (bv. de aanpak van druggerelateerde criminaliteit, de behandeling van druggerelateerde ziekten).

Tabel 1 – Uitgaven in EUR voor het drugbeleid door de verschillende beleidsniveaus per sector, 2004

	Preventie	Hulpverlening	Veiligheid	'Andere'
Federaal	1.635.128	107.801.788	107.478.404	833.521
Vlaamse Gemeenschap/Gewest	3.300.766	4.771.961	37.500	–
Franse Gemeenschap	1.296.621	74.459	–	–
Duitstalige Gemeenschap	192.000	187.050	–	–
Waalse regio	1.901.345	1.705.371	–	–
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie	106.957	106.957	–	–
Franse Gemeenschapscommissie	1.223.191	2.120.058	–	–
Vlaamse Gemeenschapscommissie	17.173	60.576	–	–
Vlaamse Provincies	536.165	272.690	–	–
Steden & Gemeenten	1.141.139	496.642	59.604.214	235.764
Totaal	**11.350.486**	**117.597.551**	**167.120.118**	**1.069.286**

Bron: De Ruyver e.a., 2007

Voor de sector **preventie** worden het minst overheidsuitgaven opgetekend (11,4 miljoen EUR of 4%) (De Ruyver e.a., 2007). Er zijn overheidsuitgaven opgenomen voor programma's die starten met druggebruik en de evolutie naar regelmatig gebruik verminderen (bv. schoolprojecten, mediacampagnes, ...). Hoewel preventie strikt genomen niet tot de bevoegdheden van de federale overheid behoort, geeft de federale overheid er in 2004 1,6 miljoen EUR aan uit. Het grootste deel van de uitgaven voor preventie zijn voor rekening van de gemeenschappen en de gewesten (7,9 miljoen EUR). In Vlaanderen gaat 3,3 miljoen EUR, in Wallonië 3,3 miljoen EUR en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1,3 miljoen EUR naar preventie. Een niet te verwaarlozen bijdrage voor preventie komt van het provinciaal en lokaal niveau. De steden en gemeenten dragen 1,1 miljoen EUR bij en de provincies 0,54 miljoen EUR. Het grootste deel van de overheidsuitgaven voor preventie gaat naar preventie 'activiteiten' (9,8 miljoen EUR). 1,0 miljoen EUR gaat naar beleid en 0,48 miljoen EUR naar onderzoek.

Voor de sector **hulpverlening** worden de totale overheidsuitgaven geschat op

117,5 miljoen EUR, ofwel 40% van het drugbudget (De Ruyver e.a., 2007). De sector omvat programma's die gericht zijn op het verminderen of stoppen van gebruik bij mensen met drugproblemen. Het grootste deel van het budget wordt besteed aan hulpverleningsactiviteiten (115,0 miljoen EUR). Op de tweede plaats komt onderzoek (1,4 miljoen EUR) en vervolgens beleid (1,2 miljoen EUR). De federale overheid staat in voor het grootste deel van deze uitgaven (107,8 miljoen EUR). De gemeenschappen en gewesten geven in 2004 9,03 miljoen EUR uit aan de sector hulpverlening: in Vlaanderen 4,8 miljoen EUR, in Wallonië bijna 2,0 miljoen EUR en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2,3 miljoen EUR. Voor deze sector is de investering van de provinciale en lokale overheden minder groot; deze bedraagt respectievelijk 0,27 miljoen EUR en 0,49 miljoen EUR.

Meer dan de helft (56%) van de overheidsuitgaven voor de aanpak van het drugprobleem gaat naar de sector **veiligheid**: in 2004 besteedt de overheid er naar schatting 167,1 miljoen EUR aan (De Ruyver e.a., 2007). Binnen deze sector worden de uitgaven opgenomen voor beleidsacties die de distributie en de productie van drugs terugdringen door repressief optreden. 138 miljoen EUR (83%) gaat naar het *opsporingsniveau* waarvan het grootste deel naar de uitgaven van de politiediensten. 3,9 miljoen EUR (2%) is bestemd voor het *vervolgingsniveau*. Dit bedrag gaat volledig naar de federale overheidsdienst justitie voor de inspanningen inzake inbreuken op de drugwetgeving. Eveneens 2% van het drugbudget van de sector veiligheid (3,5 miljoen EUR) gaat naar het *straftoemetingsniveau*, vooral naar de werking van de hoven en rechtbanken voor de inbreuken op de drugwetgeving. Bijna 20 miljoen EUR (12%) is bestemd voor de *strafuitvoering*, waarvan het grootste deel gaat naar uitgaven verbonden aan detentie in strafinrichtingen. Ten slotte is nog 3,7 miljoen EUR (2%) bestemd voor uitgaven die buiten deze indeling vallen. Het gros van het budget gaat naar 'veiligheidsactiviteiten' (164,3 miljoen EUR). 2,6 miljoen EUR gaat naar beleid en 0,27 miljoen EUR naar onderzoek.

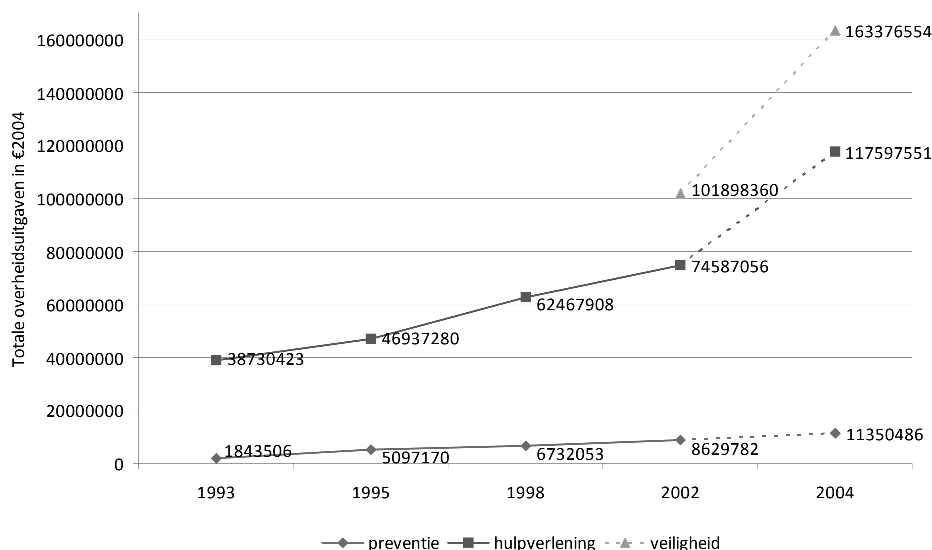
De overheid besteedt in 2004 daarnaast 1,1 miljoen EUR aan **uitgaven die niet kunnen worden toegewezen aan één van de 3 sectoren** waaronder 0,62 miljoen EUR aan activiteiten in andere sectoren, 0,29 miljoen EUR aan beleid en 0,16 miljoen EUR aan onderzoek (De Ruyver e.a., 2007).

De **totale uitgaven** van de overheid voor het drugbeleid in alle sectoren is voor 2004 geschat op 297.137.441 EUR (De Ruyver e.a., 2007). Omgerekend komt dat neer op een bedrag van 28,57 EUR per inwoner: 1,09 EUR per inwoner voor preventie, 11,31 EUR per inwoner voor hulpverlening, 16,07 EUR per inwoner voor veiligheid en 0,1 EUR per inwoner voor 'andere'. De Belgische overheidsuitgaven voor het drugbeleid liggen in vergelijking met andere Europese landen zoals Nederland en Zweden waar de uitgaven respectievelijk 134,4 EUR en 101 EUR per inwoner bedragen, een stuk lager. In totaal ging in 2004 0,10% van het Bruto Binnenland Product (BBP) naar uitgaven voor het drugbeleid.

Reeds in 2004 in de studie 'drugbeleid in cijfers' berekenden De Ruyver e.a.

(2004) het drugbudget voor verschillende jaren (De Ruyver e.a., 2007). Daardoor zijn nu vergelijkingen in de tijd mogelijk. Omwille van methodologische verschillen moeten vergelijkingen met de studie van 2007 wel voorzichtig gebeuren.
In het algemeen zijn de overheidsuitgaven gestegen. Dat komt voor een groot deel omdat in de eerste studie enkel rekening gehouden is met personeelsuitgaven, terwijl in de vervolgstudie ook uitgaven voor werking en investering opgenomen zijn. Daarnaast was er in het eerste onderzoek sprake van 5 sectoren die in het tweede onderzoek herleid zijn tot 3 sectoren. In de grafieken is een stippellijn gebruikt om de evolutie tussen 2002 en 2004 aan te geven waarmee wordt aangegeven dat er vanaf dan een andere methodologie wordt gebruikt.
De totale overheidsuitgaven voor preventie zijn tussen 2002 en 2004 met 29% gestegen (grafiek 1). In de sector hulpverlening zijn de totale overheidsuitgaven tussen 2002 en 2004 met 58% toegenomen. Voor de sector veiligheid kunnen enkel de uitgaven op de verschillende niveaus van de strafrechtsbedeling vergeleken worden. Er wordt geen rekening gehouden met overheidsuitgaven voor beleid en onderzoek. Daarenboven is in het eerste onderzoek de sector veiligheid enkel voor het jaar 2002 volledig in kaart gebracht waardoor slechts twee vergelijkingsmomenten worden weerhouden. Tussen 2002 en 2004 stijgt het overheidsbudget voor de sector veiligheid met 60%.

Grafiek 1 – Evolutie van de totale overheidsuitgaven in België in de sectoren preventie, hulpverlening en veiligheid, 1993-2004



Bron: De Ruyver e.a., 2007

1.6 Samengevat

Drugs zijn psychoactieve stoffen die de gevoelens, de waarneming en het bewustzijn beïnvloeden en zonder een medische indicatie gebruikt worden. Er wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen stimulerende middelen, verdovende middelen en middelen die de zintuiglijke ervaring veranderen. Sommige middelen zoals bijvoorbeeld XTC of ketamine kunnen niet in deze indeling ondergebracht worden omdat ze meerdere effecten hebben.

Door de Wet van 24 februari 1921 op het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica is het bezit, de in- en uitvoer, de doorvoer, de vervaardiging, de bewaring, de etikettering, het vervoer, de makelarij, de verkoop en het te koop stellen, het afleveren of aanschaffen van heel wat middelen verboden. Deze publicatie focust op volgende **illegale drugs**: cannabis, cocaïne, opiaten (heroïne), XTC, amfetamines, GHB, ketamine en tripmiddelen (LSD, hallucinogene paddenstoelen, ...).
Eveneens worden cijfers over methadon en buprenorfine, medicijnen die in België legaal op voorschrift te verkrijgen zijn en die gebruikt worden bij detoxificatie en opiaatonderhoudsbehandeling, besproken in hoofdstuk 7 over de hulpvraag.

Deze publicatie maakt het onderscheid tussen **misbruik** en **afhankelijkheid** volgens de DSM-IV terminologie. De term **problematisch gebruik** heeft een bredere betekenis en verwijst zowel naar occasioneel overmatig gebruik of gebruik in een verkeerde situatie als naar langdurig overmatig gebruik.

Om middelengebruik in de maatschappij te beschrijven wordt dan ook doorgaans vertrokken van reeds **bestaande registratiedata** van justitiële of hulpverleningsinstanties. Er kan ook beroep gedaan worden op **bevolkingsonderzoek** in een representatieve steekproef van de bevolking. Naast algemeen bevolkingsonderzoek dat de totale bevolking beoogt zijn ook speciale bevolkingsonderzoeken gericht op een specifieke deelpopulatie mogelijk bijvoorbeeld schoolgaande jongeren, injecterende gebruikers, studenten, ...
Bevolkingsonderzoek geeft een schatting van het deel van de bevolking dat gedurende een bepaalde periode illegale drugs gebruikt heeft. Doorgaans worden daarvoor de volgende maten gebruikt: **ooit-gebruik** gedurende het leven ('life time'), ook wel ooit prevalentie genoemd, gebruik tijdens het **afgelopen jaar** (laatste 12 maanden), ook wel laatstejaarprevalentie genoemd of recent gebruik en gebruik tijdens de **afgelopen maand** (laatste 30 dagen), ook wel laatstemaandprevalentie genoemd of actueel gebruik.
In deze publicatie wordt met algemene bevolking de volwassen bevolking van 15 jaar of ouder of van 18 jaar en ouder bedoeld. Scholieren zijn jongeren tussen 11 en 18 jaar die in het secundair onderwijs zitten en die in deze schoolse context werden bevraagd. Met studenten worden jongeren bedoeld die school lopen in het hoger onderwijs.

Een **risicofactor** is een individueel kenmerk of een situationele context die vooraf gaat aan het druggebruik en de kans op druggebruik of problemen met druggebruik verhoogt. Er zijn risicofactoren voor beginnen met druggebruik, het

continueren van druggebruik en het ontwikkelen van problematisch middelengebruik. In onderzoek wordt daarin niet altijd een onderscheid gemaakt.
Beschermende factoren blokkeren blootstelling aan de negatieve gevolgen van risicofactoren, reduceren de impact van het risico, versterken het effect van andere beschermende factoren of wijzigen de manier waarop de persoon op het risico reageert. Ze kunnen (problemen met) druggebruik uitstellen.
Om te begrijpen hoe drugproblemen ontstaan dient men rekening te houden met de kenmerken van de gebruiker (Mens), de aard van het gebruikte middel (Middel) en de kenmerken van de omgeving (Milieu) waarin het gebruik plaatsvindt (mens-middel-milieu). In de factoren die een rol spelen in middelengebruik kan bijgevolg onderscheid gemaakt worden tussen omgevingsfactoren en individuele factoren. Conform het mens-middel-milieu model dient ook rekening te worden gehouden met eigenschappen van het gebruikte middel.

Voor België hebben we geen zicht op de indirecte **kosten** ontstaan door productiviteitsverlies, bijvoorbeeld bij veelvuldige afwezigheid op het werk door gebruik van illegale drugs. De kostprijs van maatschappelijke schade ten gevolge van bv. criminaliteit of verkeersongevallen is evenmin berekend. Wel beschikken we over een schatting van het drugbudget, dit wil zeggen van de publieke uitgaven voor beleidsacties die uitdrukkelijk en rechtstreeks gericht zijn op het fenomeen van illegale drugs in de sectoren preventie, hulpverlening en veiligheid.
In totaal besteedt België 297 miljoen EUR aan beleidsacties in de sectoren preventie, hulpverlening en veiligheid. Het grootste deel gaat naar de sector veiligheid (56%) gevolgd door de sectoren hulpverlening (40%) en preventie (4%). Tussen 2002 en 2004 zijn de totale overheidsuitgaven in alle sectoren toegenomen maar het minst in de sector preventie.

Hoofdstuk 2

Cannabis

Cannabisproducten zoals marihuana en hasj zijn beide afkomstig van de hennepplant (Cannabis sativa) (De DrugLijn, 2009b). Het bestanddeel in marihuana en hasj dat het meest verantwoordelijk is voor de psychoactieve werking is THC (Δ-9- tetrahydrocannabinol). Het komt voornamelijk voor in de vrouwelijke cannabisplant. De gedroogde toppen van de vrouwelijke hennepplant noemt men marihuana (of weed/wiet). Hasj (of shit) wordt gemaakt van de harsachtige laag waarmee de toppen van de vrouwelijke hennepplant bedekt zijn.

Marihuana en hasj worden meestal gerookt in de vorm van een gerolde sigaret met een kartonnen filtertje (joint/stick), in een klein pijpje (bv. chillum), in een waterpijp of met een verdamper (vaporiser) (De DrugLijn, 2009a). Soms wordt cannabis verwerkt in cake (spacecake) of thee.

Als in dit hoofdstuk gesproken wordt over cannabis dan wordt zowel marihuana als hasj bedoeld. Als de afzonderlijke producten bedoeld worden dan worden ze ook apart benoemd.

2.1 Cannabisgebruik door de algemene bevolking

België is een van de weinige landen in Europa dat geen repetitief prevalentieonderzoek uitvoert naar het gebruik van illegale drugs in de algemene bevolking (Decorte e.a., 2009). Wel zijn er al sinds 2001 telkens een paar vragen over het gebruik van illegale drugs opgenomen in de nationale gezondheidsenquête. In het kader van de 'European Study on the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMeD), een Europees epidemiologisch onderzoek dat deel uitmaakt van de 'World Mental Health (WMH) Surveys', is in België in de periode 2001-2002 een representatieve steekproef van de Belgische bevolking bevraagd over de aanwezigheid van mentale stoornissen waaronder middelengerelateerde stoornissen.

De **nationale gezondheidsenquête** heeft als doel de gezondheid van de Belgische bevolking te beschrijven (Bayingana e.a., 2006). Gebruik van genotmiddelen valt daar onder. De enquête die voor het eerst plaatsvindt in 1997 en in 2001, 2004 en 2008 wordt herhaald, peilt behalve in 1997, naar het gebruik

van cannabis[14]. Dit gebeurt bij een representatieve steekproef van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder via een schriftelijke vragenlijst[15]. In 2004 worden 12.945 personen geënqueteerd uit 6.530 huishoudens.

Het percentage van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 64 jaar dat **ooit** heeft geëxperimenteerd met cannabis bedraagt in 2004 12% (Demarest e.a., 2006). Ten opzichte van 2001 (11%) doet zich geen significante stijging of daling voor (tabel 2).

In 2004 heeft 5% van de Vlamingen tussen 15 en 64 jaar het **laatste jaar** cannabis gebruikt (tabel 2) (Demarest e.a., 2006). Omgerekend naar de bevolking gebruiken in het Vlaams gewest 276.737 personen het laatste jaar cannabis, 198.764 mannen en 79.283 vrouwen[16]. In 2001 wordt in de enquête niet naar het gebruik van cannabis tijdens het laatste jaar gevraagd.

In 2004 geeft 3% van de Vlaamse bevolking tussen 15 en 64 jaar aan de **afgelopen maand** cannabis gebruikt te hebben (Demarest e.a., 2006). Tegenover 2001 (2%) betekent dat geen significant verschil (tabel 2).
In 2004 neemt 29% van de respondenten die de afgelopen maand cannabis hebben gebruikt op 20 dagen of meer cannabis[17].

Tabel 2 – Gebruik van cannabis volgens sekse bij de Vlaamse bevolking van 15-64 jaar, 2001 en 2004

	2001	2004
Ooit-gebruik (experimenteel)	10,6%	12,2%
mannen	*13,0%*	*14,4%*
vrouwen	*8,2%*	*10,0%*
Gebruik laatste jaar (recent)[18]	–	4,6%
mannen	–	*6,7%*
vrouwen	–	*2,6%*
Gebruik afgelopen 30 dagen (actueel)	2,3%	2,6%
mannen	*3,3%*	*4,0%*
vrouwen	*1,2%*	*1,2%*

Bron: Demarest e.a., 2006

14 De resultaten van de enquête van 2008 zijn op het moment van de eindredactie van deze publicatie nog niet beschikbaar.
15 In de gezondheidsenquête worden 3 soorten vragenlijsten gebruikt: een mondelinge vragenlijst in te vullen per huishouden, een mondelinge vragenlijst in te vullen per geselecteerde persoon en een schriftelijke vragenlijst in te vullen door iedere geselecteerde persoon van 15 jaar en ouder. De vragen over middelengebruik zijn opgenomen in deze laatste schriftelijke vragenlijst.
16 Dit is berekend op het bevolkingsaantal van het Vlaams gewest dat in 2004 6.016.024 bedraagt (2.966.640 mannen en 3.049.384 vrouwen) (Algemene directie statistiek en economische informatie, 2008).
17 De frequentie van het gebruik van cannabis gedurende de laatste 30 dagen wordt enkel in de enquête van 2004 bevraagd.
18 In de enquête van 2001 wordt niet gevraagd naar het cannabisgebruik tijdens het laatste jaar.

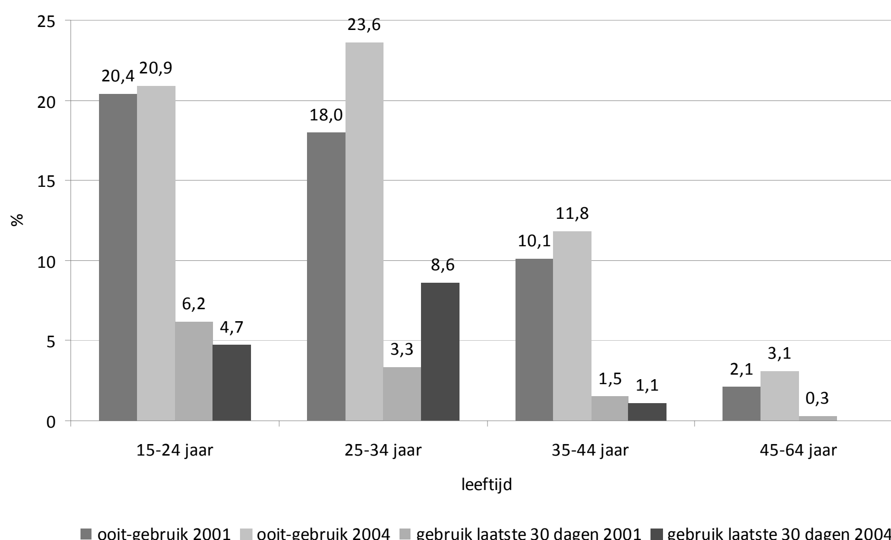
SEKSE

Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis (tabel 2) (Demarest e.a., 2006). Dit geldt zowel voor ooit-gebruik van cannabis, laatstejaarsgebruik als gebruik tijdens de laatste 30 dagen. Bij mannen neemt het ooit-gebruik en het gebruik van cannabis in de afgelopen 30 dagen toe tussen 2001 en 2004. Gedurende de laatste 30 dagen gebruiken mannen frequenter cannabis dan vrouwen.
Bij vrouwen stijgt enkel het ooit-gebruik tussen 2001 en 2004.

LEEFTIJD

Ooit-gebruik van cannabis en gebruik tijdens de laatste 30 dagen komt het meest voor onder jongeren (15-24 jaar) en jongvolwassenen (25-34 jaar) (grafiek 2) (Demarest e.a., 2006). Van de 35-44-jarigen heeft ongeveer 1 op 10 ooit cannabis gebruikt. Cannabisgebruik tijdens het laatste jaar of de laatste 30 dagen komt vanaf deze leeftijd nagenoeg niet meer voor.
Zowel het ooit-gebruik van cannabis als het gebruik in de laatste 30 dagen neemt bij de 25-34-jarigen tussen 2001 en 2004 toe (grafiek 2). In 2004 ligt het ooit-gebruik van cannabis bij de oudere leeftijdsgroepen (35-64 jaar) hoger dan in 2001.

Grafiek 2 – Evolutie van cannabisgebruik in Vlaanderen volgens leeftijd, 2001 en 2004



Bron: Demarest e.a., 2006

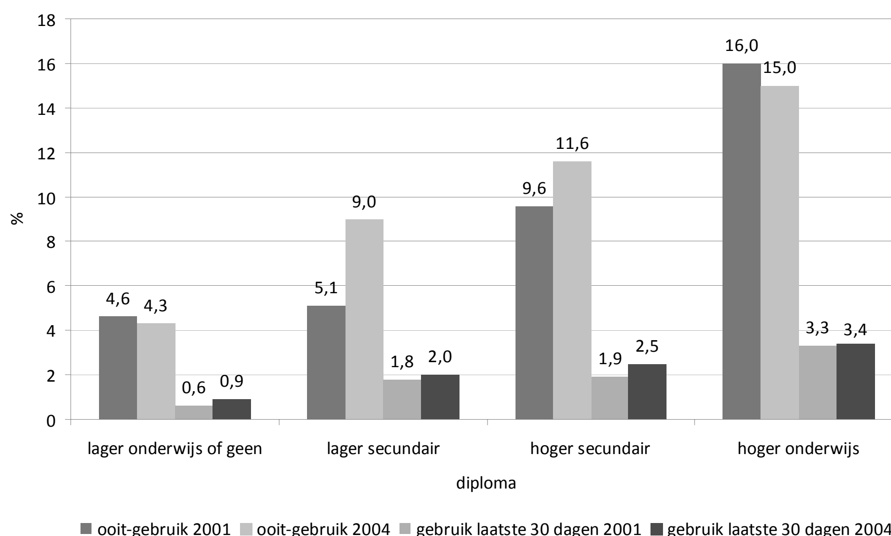
SEKSE & LEEFTIJD

Ooit-gebruik van cannabis en gebruik tijdens de laatste 30 dagen komt het meest voor bij jonge mannen tussen 25 en 34 jaar (Demarest e.a., 2006). Het laatstejaarsgebruik van cannabis is het hoogst bij jongens tussen 15 en 24 jaar.

OPLEIDINGSNIVEAU

Bij personen met een diploma hoger onderwijs komt cannabisgebruik meer voor dan bij personen zonder diploma of met een diploma lager onderwijs (grafiek 3) (Demarest e.a., 2006). Dit geldt in 2004 zowel voor ooit-gebruik van cannabis, laatstejaarsgebruik als gebruik tijdens de laatste 30 dagen. De verschillen zijn echter niet significant.
Het percentage ooit-gebruikers van cannabis met een diploma lager middelbaar of een diploma hoger middelbaar is hoger in 2004 dan in 2001. Dit is zowel voor mannen als vrouwen het geval. Onder de mannen met een diploma lager middelbaar is het percentage ooit-cannabisgebruikers in 2004 verdubbeld tegenover in 2001.
Voor de personen met een diploma hoger middelbaar is ook het gebruik van cannabis tijdens de laatste 30 dagen tussen 2001 en 2004 gestegen, vooral dan bij de mannen.

Grafiek 3 – Evolutie van cannabisgebruik in Vlaanderen volgens diploma, 2001 en 2004



Bron: Demarest e.a., 2006

Voor het **ESEMeD**-onderzoek zijn in België tussen april 2001 en juni 2002 2.419 personen (18-plussers) in een representatief staal van de Belgische niet-geïnstitutionaliseerde bevolking geïnterviewd met behulp van het 'Composite International Diagnositic Interview' (CIDI-2000) (Degenhardt e.a., 2008). Er is gepolst naar het ooit-gebruik van cannabis. 10% van de respondenten heeft ooit cannabis gebruikt.

2.2 Cannabisgebruik door jongeren

2.2.1 Cannabisgebruik bij scholieren

Gebruik van illegale drugs door scholieren in Vlaanderen is de afgelopen jaren in verschillende schoolonderzoeken over gezondheidsgedrag of middelengebruik onderzocht. VAD organiseert al sinds 1999 in opdracht van de Vlaamse Gemeenschap een leerlingenbevraging in Vlaamse scholen (Kinable, 2009). Deze bevraging is gebaseerd op het concept 'Drugbeleid Op School' (DOS). De enquête heeft het niet enkel over druggebruik en frequentie van gebruik. Er wordt ook gepeild naar de sfeer op school en in de klas, de vrijetijdsbesteding van de leerlingen en de invloed van ouders en vrienden.
De studie 'Health Behaviour in School-Aged Children' (HBSC) is een internationale studie die ook in België wordt uitgevoerd onder toezicht van de wereldgezondheidsorganisatie (WGO) (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). Ze bestudeert gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren. Beide studies lopen al een aantal jaar zodat evoluties in het druggebruik van jongeren kunnen beschreven worden.
Het 'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs' (ESPAD) onderzoek wordt in 2007 voor de tweede keer in Vlaanderen uitgevoerd onder 15-16-jarige scholieren (Hibell e.a., 2009). Dit onderzoek verzamelt vergelijkbare data over middelengebruik.

2.2.1.1 *VAD-leerlingenbevraging*

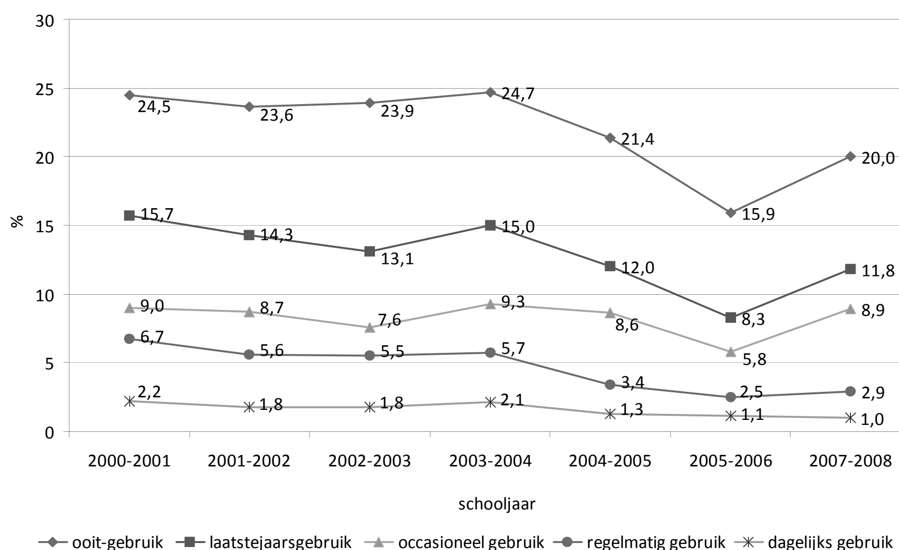
De leerlingenbevraging van VAD is in de eerste plaats bedoeld om op schoolniveau het drugbeleid op school onder de aandacht te houden en de scholen te ondersteunen bij de evaluatie van hun drugbeleid (Kinable, 2009). Op Vlaams niveau krijgt men door deze resultaten een zicht op het gebruik en de attitudes van jongeren ten aanzien van genotmiddelen, de beleving van jongeren over het gevoerde drugbeleid op school, enzovoort. Deze bevraging loopt al sinds januari 1999.
In de loop van die bijna tien jaar is de vragenlijst twee keer aangepast. De eerste keer gaat het om een relatief beperkte aanpassing, in het eerste trimester van het schooljaar 2001-2002[19]. Tijdens het schooljaar 2006-2007 is een grondigere herwerking doorgevoerd, waardoor voor dat schooljaar geen cijfers beschikbaar zijn.
De meest recente data zijn van het schooljaar 2007-2008. Tussen januari en juni 2008 nemen 20.143 leerlingen uit het eerste tot en met zesde jaar van het ASO, TSO, KSO en BSO deel aan de leerlingenbevraging[20]. De leerlingen zijn

19 Desalniettemin hadden deze aanpassingen tot gevolg dat de gegevens niet konden worden vergeleken met latere data. Daarom zijn ze ook niet terug te vinden in syntheserapporten van na die datum.
20 De andere leerlingen (zevende jaar, deeltijds onderwijs) die deelnamen werden niet mee opgenomen in de steekproef.

tussen 11 en 20 jaar of ouder. Om de vergelijkbaarheid met het ESPAD- en het HBSC-onderzoek te garanderen, is ervoor geopteerd om een grotere steekproef van 6.601 leerlingen te trekken, representatief voor het Vlaams secundair onderwijs naar leerjaar, sekse, onderwijsvorm en onderwijsnet. De bevraging gebeurt met een gestructureerde schriftelijke vragenlijst die in de klas wordt afgenomen.

In de vragenlijst wordt nagegaan of leerlingen ooit of in het laatste jaar cannabis hebben gebruikt en hoe vaak ze dat deden.
20% van de scholieren, bij wie tijdens het schooljaar 2007-2008 naar het druggebruik wordt gepolst in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, heeft **ooit** cannabis gebruikt (grafiek 4). 12% gebruikt het **laatste jaar** cannabis: 9% doet dit occasioneel en 3% op **regelmatige** basis, van wie 1% **dagelijks**[21]. De groep regelmatige cannabisgebruikers bestaat uit een kleine groep leerlingen die bijna allemaal ouder zijn dan 15 jaar.

Grafiek 4 – Evolutie van het cannabisgebruik bij scholieren in het Vlaams secundair onderwijs, vanaf schooljaar 2000/2001



Bron: Kinable, 2009

Het percentage leerlingen dat **ooit** cannabis heeft gebruikt blijft stabiel tussen het schooljaar 2000-2001 en het schooljaar 2003-2004. Daarna daalt het significant. Het laatste schooljaar – 2007-2008 – doet zich opnieuw een lichte stijging voor, zodat het gebruik ongeveer op hetzelfde peil is als tijdens het schooljaar 2004-2005.
Een zelfde evolutie is te zien in het percentage leerlingen dat het **laatste jaar** cannabis gebruikt: stabiel tot het schooljaar 2003-2004, gevolgd door een signi-

21 Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week, regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

ficante daling en een lichte stijging tijdens het laatste schooljaar 2007-2008 tot hetzelfde niveau als in schooljaar 2004-2005. Uit de cijfers van de volgende jaren zal moeten blijken of de stijging tijdens het schooljaar 2007-2008 een toevallige fluctuatie is of dat het gebruik effectief terug aan het stijgen is.
Regelmatig gebruik van cannabis blijft eveneens stabiel tot het schooljaar 2003-2004, om daarna significant te dalen. In tegenstelling tot het ooit- en het laatstejaarsgebruik is het regelmatig gebruik niet opnieuw toegenomen tijdens het schooljaar 2007-2008.
Het **dagelijks gebruik** van cannabis is over de jaren lichtjes gedaald, maar omdat het over zo'n kleine groep leerlingen gaat, is deze evolutie niet significant.

In de VAD-leerlingenbevraging van 2007-2008 wordt voor de eerste maal gepolst naar het **aantal gelegenheden** waarop de leerlingen cannabis gebruiken in de maand voor de afname van de VAD-leerlingenbevraging. Van de leerlingen die de laatste maand cannabis gebruiken (8% van de totale populatie) doen 6 op de 10 leerlingen (61%) dat de laatste maand op 1 à 2 gelegenheden. 13% gebruikt op 20 of meer gelegenheden cannabis.
Bij de leerlingen die de laatste maand cannabis gebruiken wordt tevens nagegaan op welke **dagen van de week** voor de afname van de VAD-leerlingenbevraging ze cannabis hebben gebruikt en hoeveel joints ze roken op elk van de dagen in die week. Een meerderheid van die leerlingen rookt geen cannabis in de week voor de bevraging. Diegenen die dat wel doen (8% van alle leerlingen), roken meestal 1 of 2 joints. Een kleine groep leerlingen rookt meer joints. In het weekend is de groep die meer rookt in verhouding groter dan op weekdagen.
94% van alle leerlingen gebruikt op geen enkele dag van de week voor de bevraging cannabis; bij 2% blijft het gebruik beperkt tot het weekend en 3% gebruikt daarnaast ook tijdens de week cannabis.

SEKSE

Van de jongens die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging deelnemen heeft 25% **ooit** cannabis gebruikt. 16% van de meisjes heeft ooit cannabis gebruikt. Dubbel zoveel jongens als meisjes gebruiken tijdens **het laatste jaar** cannabis (16% tegenover 8%). Het verschil toont zich vooral in het **regelmatig** gebruik. Er zijn 3,5 keer zoveel jongens als meisjes die het laatste jaar regelmatig cannabis gebruiken (5% versus 1%). **Dagelijks** cannabisgebruik komt nagenoeg niet voor bij meisjes maar wel bij jongens (2%).
Bekeken over de periode sinds het schooljaar 2000-2001 tot nu, doen zich bij jongens en meisjes dezelfde trends in cannabisgebruik voor als bij de totale groep leerlingen: voor ooit- en laatstejaarsgebruik vanaf schooljaar 2003-2004 een significante daling, gevolgd door een lichte stijging het laatste schooljaar; voor regelmatig gebruik van cannabis over de hele periode een daling.
Dagelijks cannabisgebruik komt te weinig voor om uitspraken te doen over trends bij subgroepen.

LEEFTIJD

Met de **leeftijd** neemt het percentage leerlingen dat **ooit** cannabis heeft ge-

bruikt sterk toe. Van de jongste leerlingen (12-14 jaar) bevraagd tijdens het schooljaar 2007-2008, gebruikt 5% ooit cannabis, bij de 15-16-jarigen is dit 21% en voor de oudste leerlingen 39%.

Het percentage scholieren dat het **laatste jaar** cannabis gebruikt, stijgt eveneens gestaag over de drie leeftijdsgroepen: van 3% bij de 12-14-jarigen over 13% bij de 15-16-jarigen tot 23% bij de 17-18-jarigen. Deze toename is het sterkst tussen 15 en 16 jaar. De stijging manifesteert zich zowel in het occasioneel als in het **regelmatig** gebruik. In elk van de drie leeftijdsgroepen zijn er meer occasionele dan regelmatige cannabisgebruikers. **Dagelijks** gebruik van cannabis komt vooral voor bij 17-18-jarigen (2%).

Bekeken over de periode sinds het schooljaar 2000-2001 tot nu, doen zich bij de verschillende leeftijdsgroepen dezelfde trends in cannabisgebruik voor als in de totale groep: voor ooit- en laatstejaarsgebruik vanaf schooljaar 2003-2004 een significante daling, gevolgd door een lichte stijging het laatste schooljaar; voor regelmatig gebruik van cannabis over de hele periode een daling. De afname in ooit-gebruik is het meest zichtbaar bij de 15-16-jarigen; de daling in laatstejaarsgebruik het meest bij de 17-18-jarigen.

Dagelijks cannabisgebruik komt te weinig voor om uitspraken te doen over trends bij subgroepen.

SEKSE & LEEFTIJD

In alle leeftijdsgroepen zijn er meer jongens dan meisjes die cannabis gebruiken (tabel 3). Dat geldt zowel voor ooit-gebruik, gebruik tijdens het laatste jaar en occasioneel en regelmatig gebruik. In de jongste leeftijdsgroep zijn de verschillen tussen jongens en meisjes het kleinst. Vanaf 15-16 jaar wordt de kloof tussen jongens en meisjes groter.

Tabel 3 – Cannabisgebruik volgens sekse en leeftijd bij scholieren in het Vlaams secundair onderwijs, schooljaar 2007-2008

	12-14 jaar		15-16 jaar		17-18 jaar	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Ooit-gebruik	6,0%	4,2%	24,7%	16,7%	46,9%	31,2%
Gebruik laatste jaar	3,4%	2,3%	15,6%	9,5%	30,1%	14,9%
Occasioneel gebruik	2,7%	1,9%	12,2%	8,1%	19,5%	12,9%
Regelmatig gebruik	0,7%	0,4%	3,4%	1,4%	10,6%	2,0%

Bron: Kinable, 2009

ONDERWIJSNIVEAU (TWEEDE EN DERDE GRAAD SECUNDAIR ONDERWIJS)[22]

Wanneer uit de data voor het schooljaar 2007-2008 de verschillende onderwijsvormen worden vergeleken is het percentage leerlingen dat **ooit** cannabis heeft

22 Van onderwijsvormen is pas sprake vanaf de tweede graad. De leerlingen in de onderwijsvormen die hier worden vergeleken zijn dus gemiddeld ouder dan de totale populatie.

gebruikt het laagst in het Algemeen Secundair Onderwijs (ASO) (21%), gevolgd door het Technisch/Kunst Onderwijs[23] (TSO/KSO) (31%) en het Beroeps Secundair Onderwijs (BSO) (37%). In het ASO zitten ook minder leerlingen die het **laatste jaar** cannabis gebruiken (13%) dan in het TSO/KSO (18%) en het BSO (20%). In het ASO zijn er 8 keer meer occasionele dan **regelmatige** cannabisgebruikers. In het BSO en TSO/KSO daarentegen is het verschil tussen beide groepen minder groot[24]. 1% van de leerlingen in het TSO/KSO en 3% van de leerlingen in het BSO gebruikt **dagelijks** cannabis. Bij leerlingen in het ASO komt dagelijks cannabisgebruik nauwelijks voor.

Vanwege een verschillende steekproeftrekking is het niet mogelijk om trends in cannabisgebruik in de onderwijsvormen te vergelijken.

Uit het vorige syntheserapport van de VAD-leerlingenbevraging blijkt dat tot en met schooljaar 2005-2006 de daling in cannabisgebruik – zowel voor ooit-gebruik als voor laatstejaarsgebruik – significant zichtbaar is in het ASO en het TSO/KSO, maar niet in het BSO. De daling in regelmatig cannabisgebruik komt vooral tot uiting in het ASO en in mindere mate ook in het TSO/KSO. In het BSO is er zelfs een lichte stijging in het regelmatig gebruik sinds schooljaar 2005-2006.

BEGINLEEFTIJD

Van de scholieren bevraagd in 2007-2008 die ooit cannabis hebben gebruikt[25] doet meer dan de helft dat voor het eerst op de leeftijd van 15 of 16 jaar (56%). 26% is jonger dan 15 jaar als ze voor het eerst cannabis gebruiken, 4% is zelfs 12 jaar of jonger. 18% gebruikt voor het eerst cannabis op een leeftijd van 17 jaar of ouder.

MOTIEVEN VAN (NIET-)GEBRUIK

In de VAD-leerlingenbevraging van 2007-2008 wordt voor de eerste maal gepolst naar de motieven om cannabis al dan niet te gebruiken. De scholieren die nog nooit cannabis hebben gebruikt geven daarvoor als hun voornaamste motieven aan: omdat ze dat niet nodig hebben, omdat cannabis gevaarlijk is, omdat cannabis roken ongezond is en omdat ze een sterke persoonlijkheid hebben. De leerlingen die wel al ooit cannabis hebben gebruikt, doen dat voor de gezelligheid met vrienden, uit nieuwsgierigheid, om te ontspannen, om stoned te worden en omdat ze er zin in hebben.

Samengevat

20% van de leerlingen in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar

---

23 Voor de vergelijkbaarheid met data van de ESPAD- en HBSC-studies worden in de steekproef voor het eerst ook leerlingen uit het kunstonderwijs opgenomen. Om diezelfde reden worden TSO en KSO samen verwerkt.

24 TSO/KSO: 5% regelmatige en 14% occasionele gebruikers; BSO: 8% regelmatige en 12% occasionele gebruikers.

25 Berekend op leerlingen van 17 jaar en ouder.

2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging worden bevraagd hebben ooit cannabis gebruikt. 12% gebruikt het laatste jaar cannabis: 9% doet dit occasioneel en 3% op regelmatige basis, van wie 1% dagelijks.

Het percentage leerlingen dat ooit of tijdens het laatste jaar cannabis heeft gebruikt blijft stabiel tussen het schooljaar 2000-2001 en het schooljaar 2003-2004. Daarna daalt het significant. Het laatste schooljaar – 2007-2008 – doet zich opnieuw een lichte stijging voor zodat het gebruik ongeveer op hetzelfde peil is als tijdens het schooljaar 2004-2005.

61% van de leerlingen die de laatste maand cannabis gebruiken doen dat op 1 à 2 gelegenheden. De meeste leerlingen gebruiken geen cannabis in de week voor de bevraging. Diegenen die dat wel doen, roken meestal 1 of 2 joints.

Meer jongens dan meisjes gebruiken cannabis. Jongens gebruiken cannabis frequenter: er zijn 3,5 keer zoveel jongens dan meisjes die het laatste jaar regelmatig cannabis gebruiken (5% versus 1%). Zowel bij jongens en meisjes daalt het ooit en het laatstejaarsgebruik van cannabis tussen 2000 en 2008.

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat ooit of tijdens het laatste jaar cannabis gebruikt sterk toe. Tijdens het schooljaar 2007-2008, gebruikt 5% van de 12-14- jarigen ooit cannabis, bij de 15-16-jarigen is dit 21% en voor de oudste leerlingen 39%. Sinds het schooljaar 2000-2001 daalt het cannabisgebruik (ooit- en laatstejaarsgebruik) in alle leeftijdsgroepen. De afname in ooit-gebruik is het meest zichtbaar bij de 15-16-jarigen; de daling in laatstejaarsgebruik het meest bij de 17-18-jarigen.

De kloof tussen jongens en meisjes in cannabisgebruik manifesteert zich vooral vanaf 15-16 jaar.

In het ASO is het percentage leerlingen dat cannabis ooit of tijdens het laatste jaar gebruikt het laagst.
In het ASO gebruikt 13% van de leerlingen het laatste jaar cannabis, in het TSO/KSO 18% en het BSO 20%. Wat betreft de onderwijsvorm kunnen geen langetermijntrends in cannabisgebruik gegeven worden.

26% van de leerlingen die ooit cannabis hebben gebruikt is jonger dan 15 jaar als ze voor het eerst cannabis gebruiken.

2.2.1.2 *HBSC-studie*

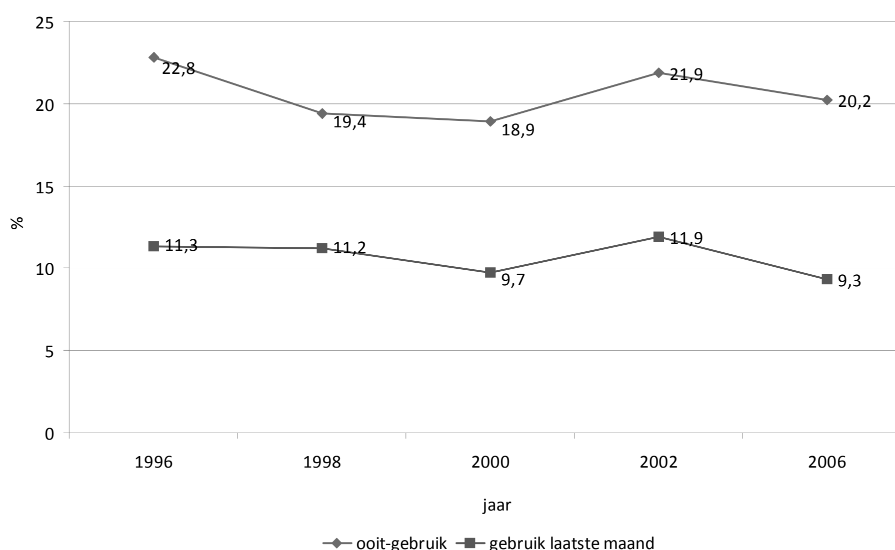
Het Vlaamse luik van de internationale studie ‘Health Behaviour in School-aged Children’ (HBSC), dat om de vier jaar wordt uitgevoerd onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie, heet ‘Jongeren en gezondheid in Vlaanderen’ (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). Het doel van de studie is meer inzicht te krijgen in gezondheidsgerelateerde attitudes en gedragingen van jongeren en de omgeving waarin zij zich ontwikkelen. De vragenlijst die het onderzoek gebruikt peilt naar diverse aspecten van het leven van de schoolgaande jeugd die het gezondheidsgedrag kunnen beïnvloeden. Middelengebruik is daar een van.

Het onderzoek is al 7 maal in Vlaanderen herhaald, namelijk in 1990, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 en in 2006. In Vlaanderen worden 11- tot en met 18-jarigen bevraagd, namelijk scholieren uit het 5de leerjaar lager onderwijs tot het 6de jaar secundair onderwijs. Daarvoor wordt een representatieve steekproef genomen van de 11-, 13- en 15-jarige schoolgaande bevolking. Als techniek voor het trekken van de steekproef wordt *'cluster sampling'* (met een klas als cluster) gebruikt. De bevraging gebeurt via een gestructureerde schriftelijke vragenlijst. De vragenlijsten worden afgenomen in de klassen van de geselecteerde scholen onder toezicht van het schoolpersoneel. De vragen over gebruik van illegale middelen worden enkel aan de leerlingen in het secundair onderwijs gesteld. In 2006 nemen 11.179 leerlingen deel aan de studie.
Wanneer onderwijstypes worden vergeleken worden enkel de leerlingen uit de tweede en de derde graad secundair onderwijs in rekening gebracht en worden de leerlingen van het KSO bij de leerlingen van het TSO gevoegd.

De data over cannabisgebruik van leerlingen in het secundair onderwijs (12-18 jaar) van de HBSC-studies uit 1996, 1998, 2000, 2002 en 2006 kunnen met elkaar vergeleken worden (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). De studie gaat na hoeveel keer men ooit cannabis gebruikt heeft, hoeveel keer dit gebeurt tijdens het laatste jaar (enkel in 2006) en hoeveel keer tijdens de laatste maand. Daarnaast wordt gevraagd of men gemakkelijk aan cannabis kan komen.

22% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, hebben **ooit** cannabis gebruikt (Hublet, Vereecken & Maes, 2008) (grafiek 5).

Grafiek 5 – Evolutie van het cannabisgebruik bij scholieren van 12 tot en met 18 jaar in Vlaanderen, vanaf 1996



Bron: Hublet, Vereecken & Maes, 2008

14% heeft dat ooit 3 keer of meer gedaan. 17% van de leerlingen gebruikt de **laatste 12 maanden** cannabis. 10% doet dat de laatste 12 maanden 3 keer of meer. Gedurende de **laatste maand** gebruikt 11% van de bevraagde leerlingen cannabis. 5% gebruikt de laatste maand 3 keer of meer cannabis.

In 2006 zijn er iets minder leerlingen die **ooit** cannabis gebruikt hebben (20%) dan in 1996 (23%). Er zijn tevens minder leerlingen die de **laatste maand** cannabis gebruiken (9% versus 11%). Gebruik van cannabis tijdens de **laatste 12 maanden** wordt enkel in de enquête van 2006 bevraagd waardoor hierover geen trends kunnen bekeken worden.

SEKSE

Uit het onderzoek van 2006 blijkt dat meer jongens (26%) dan meisjes (17%) **ooit** cannabis hebben gebruikt. Ook het gebruik van cannabis tijdens de **laatste 12 maanden** komt meer voor bij jongens dan meisjes (21% versus 12%). Bijna dubbel zoveel jongens (13%) als meisjes (7%) gebruiken tijdens de **laatste maand** cannabis. Jongens gebruiken cannabis ook frequenter dan meisjes. 7% van de jongens en 3% van de meisjes gebruikt de laatste maand 3 keer of meer cannabis.

Alle jaren zijn er meer jongens dan meisjes die cannabis gebruiken. Bij jongens neemt het **ooit-gebruik** van cannabis tussen 1996 en 2006 af van 32% naar 26%. Het percentage meisjes dat ooit cannabis heeft gebruikt is in 2006 even hoog als in 1996 namelijk 17%.
In vergelijking met 1996 zijn er in 2006 minder jongens en meisjes die de **laatste maand** cannabis gebruiken. Bij jongens is de daling opvallender. In 1996 gebruikt 17% van de jongens de laatste maand cannabis, in 2006 gebeurt dat door 13% van de jongens. Zowel het occasioneel (laatste maand 1-2 keer cannabis gebruikt) als het frequent gebruik (laatste maand 3 keer of meer cannabis gebruikt) van cannabis tijdens de laatste maand neemt bij jongens en meisjes af.

LEEFTIJD

Het **ooit-gebruik** van cannabis neemt toe met de leeftijd. In 2006 heeft 5% van de 12-14-jarigen ooit cannabis gebruikt tegenover 24% van de 15-16-jarigen en 43% van de 17-18-jarigen.
Gebruik van cannabis tijdens de **laatste maand** komt vooral voor bij de 17-18-jarigen (20%). Zij gebruiken cannabis het meest frequent. 12% van de 17-18-jarigen gebruikt de laatste maand 3 keer of meer cannabis. Van de 15-16-jarigen gebruikt 12% in de laatste maand cannabis, 5% 3 keer of meer. 2% van de scholieren tussen 12 en 14 jaar gebruikt de laatste maand cannabis.

Tussen 1996 en 2006 is het **ooit-gebruik** van cannabis bij de jongste leerlingen afgenomen. Bij de leerlingen tussen 15 en 16 jaar maar vooral bij de oudste leerlingen van 17-18 jaar is het ooit-gebruik van cannabis tussen 1996 en 2006 gestegen. In 1996 had 33% van de scholieren tussen 17 en 18 jaar ooit cannabis gebruikt, in 2006 is dat 43%.

Ook in het gebruik van cannabis tijdens de **laatste maand** is er bij de 17-18-jarigen een toename te zien tussen 1996 en 2006. In 1996 gebruikt 16% van de 17-18-jarige leerlingen de laatste maand cannabis, in 2006 is dat 20%. Vooral het frequent gebruik (laatste maand 3 keer of meer cannabis gebruikt) neemt in deze leeftijdsgroep toe. Bij de jongste leerlingen daalt het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand tussen 1996 en 2006 en bij de 15-16-jarigen blijft dit onveranderd.

ONDERWIJSNIVEAU

Wanneer de verschillende onderwijsvormen vergeleken worden, blijkt dat in 2006 23% van de leerlingen uit het ASO **ooit** cannabis heeft gebruikt in vergelijking met 35% en 37% van de leerlingen uit respectievelijk het TSO en het BSO.
In het TSO (18%) en het BSO (19%) zijn er meer leerlingen die de **laatste maand** cannabis gebruiken, vergeleken met het ASO (10%). In het TSO en BSO zijn er meer leerlingen die de laatste maand frequenter cannabis gebruiken dan in het ASO. 9% van de leerlingen in het TSO en 11% van de leerlingen in het BSO gebruikt de laatste maand 3 keer of meer cannabis. In het ASO is dat het geval voor 4% van de leerlingen.

In alle onderwijsvormen zijn er in 2006 meer **ooit-**gebruikers van cannabis dan in 1996. De toename is het grootst voor leerlingen in het BSO. Bekeken tegenover 2002 daalt het ooit-gebruik van cannabis in alle onderwijsrichtingen.
In het TSO en het BSO is het percentage leerlingen dat de **laatste maand** cannabis gebruikt tussen 1996 en 2006 toegenomen met 3 % in het TSO en met 6% in het BSO.

Samengevat

22% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, gebruiken ooit cannabis. 17% van de leerlingen gebruikt de laatste 12 maanden cannabis. Gedurende de laatste maand gebruikt 11% van de bevraagde leerlingen cannabis.

Ooit-gebruik van cannabis en gebruik van cannabis tijdens de laatste maand daalt tussen 1996 en 2006.

Meer jongens dan meisjes gebruiken cannabis. Bijna dubbel zoveel jongens als meisjes gebruiken tijdens de laatste maand cannabis. Jongens gebruiken cannabis ook frequenter dan meisjes.
Ooit-gebruik van cannabis daalt tussen 1996 en 2006 voor jongens maar blijft op hetzelfde peil voor meisjes.
Tussen 1996 en 2006 daalt gebruik van cannabis tijdens de laatste maand zowel bij jongens als meisjes maar de daling is opvallender voor jongens.

Cannabisgebruik (zowel ooit- als laatstemaand-gebruik) stijgt met toenemende leeftijd. Vooral bij de 17-18-jarigen is het ooit-gebruik en het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand tussen 1996 en 2006 toegenomen.

In het ASO is het percentage leerlingen dat cannabis ooit of tijdens de laatste maand gebruikt het laagst.
Tussen 1996 en 2006 neemt het ooit-gebruik en het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand bij leerlingen in het BSO en het TSO toe.

2.2.1.3 *ESPAD-studie*

Het doel van het 'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs' (ESPAD) project is om vergelijkbare data te verzamelen over middelengebruik onder 15-16-jarige scholieren in Europese landen, zodat trends kunnen opgevolgd worden en vergelijkingen kunnen gemaakt worden tussen landen (Hibell e.a., 2009). Het eerste ESPAD-onderzoek vindt plaats in 1995 in 26 Europese landen, het tweede in 1999 in 30 Europese landen. In 2003 doet België voor het eerst mee. Er participeren dan 35 landen. In 2007 gebeurt ESPAD voor de vierde keer, eveneens in 35 Europese landen. Dit keer participeert voor ons land enkel Vlaanderen[26].

Voor ESPAD 2003 wordt een steekproef genomen van 2.320 jongeren geboren in 1987 (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, 2007). Hiervan zijn 1.317 respondenten schoolgaand in Vlaanderen. De vergelijkende resultaten die verder worden besproken gaan over deze groep Vlaamse scholieren.
In 2007 bestaat de steekproef voor de ESPAD-studie uit 1.889 Vlaamse leerlingen, geboren tussen juli 1991 en juni 1992.
De ESPAD-studie is een schoolonderzoek dat in alle deelnemende landen in dezelfde periode en met dezelfde methodologie wordt uitgevoerd. De scholieren vullen schriftelijk een gestructureerde vragenlijst in.
De ESPAD-data opdelen naar leeftijd is niet relevant aangezien enkel 15-16-jarigen werden bevraagd. De ESPAD-data kunnen evenmin naar onderwijsvorm gegeven worden[27].

---

26 In 2003 wordt het ESPAD-onderzoek in België uitgevoerd door de Vakgroep Klinische en Levensloopppsychologie (KLEP) van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) en de 'école de santé publique' van de Université Libre de Belgique (ULB). De studie van 2007 wordt uitgevoerd door de vakgroep ontwikkelings- en levensloopppsychologie van de Vrije Universiteit Brussel. Dit onderzoek is mogelijk door financiering van de Vlaamse overheid en de Vrije Universiteit Brussel. In 2003 zorgde het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid voor bijkomende financiering.

27 Vanaf 2007 is in het kader van het Vlaams SchoolonderzoeksProject over Alcohol en andere Drugs (VLASPAD) de ESPAD-bevraging uitgebreid naar het volledige secundaire onderwijs waardoor er gegevens zijn die conclusies toelaten naar leeftijd en onderwijsvorm. Doordat het nog maar de eerste cross-sectionele bevraging is van het reguliere secundaire onderwijs in Vlaanderen zijn trendgegevens niet mogelijk en dus worden ze in deze publicatie niet verder besproken.
Lambrecht, P. & Andries, C. (2008). *Vlaams SchoolonderzoeksProject over Alcohol en andere Drugs (Vlaspad – 2007) Eindrapport December 2008 – deel 1.* Brussel: VUB; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
Lambrecht, P. & Andries, C. (2008). *Vlaams SchoolonderzoeksProject over Alcohol en andere Drugs (Vlaspad – 2007) Eindrapport December 2008 – deel 2.* Brussel: VUB; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Voor gebruik van cannabis wordt in de ESPAD-studie nagegaan of leerlingen ooit, in de laatste 12 maanden en tijdens de laatste maand cannabis gebruiken en hoeveel keer ze dat doen. Bij de leerlingen die in de laatste 12 maanden cannabis gebruiken, wordt gepolst naar de ervaring met negatieve effecten (bv. geheugenproblemen, proberen te stoppen zonder succes, ...). Ten slotte wordt ook gevraagd op welke leeftijd de leerlingen voor het eerst cannabis gebruiken.

In 2007 gebruikt een kwart van de leerlingen **ooit** cannabis (tabel 4) (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). Ruim 1 op 7 heeft dat 3 keer of meer gedaan. 19% gebruikt het **laatste jaar** cannabis, waarvan 12% 3 keer of meer. 12% van de leerlingen gebruikt de **laatste maand** cannabis. 6% doet dat 3 keer of meer.

In 2007 zijn er heel wat minder leerlingen die **ooit** cannabis hebben gebruikt vergeleken met 2003 (24% versus 31%) (tabel 4). Ook het percentage leerlingen dat het **laatste jaar** cannabis gebruikt, daalt tussen 2003 en 2007 van 26% naar 19%. In 2003 gebruikt 14% van de bevraagde leerlingen de **laatste maand** cannabis. In 2007 gebeurt dat door 12% van de leerlingen.
In 2007 zijn er minder leerlingen die ooit, gedurende het laatste jaar of gedurende de laatste maand 3 keer of meer cannabis gebruiken vergeleken met 2003.

Sekse

Gebruik van cannabis komt meer voor bij jongens dan meisjes (tabel 4). Dat geldt zowel voor ooit-gebruik, gebruik tijdens het laatste jaar en gebruik tijdens de laatste maand. Jongens gebruiken frequenter cannabis dan meisjes.

Tabel 4 – Frequentie van cannabisgebruik bij Vlaamse scholieren van 15 tot 16 jaar, 2003 en 2007 (%)

	2003			2007		
Aantal keer ooit gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	63,0	9,1	27,9	71,7	9,9	18,4
Meisjes	75,0	8,7	16,3	80,6	7,4	12,0
Totaal	**69,0**	**8,9**	**22,1**	**76,1**	**8,7**	**15,2**
Aantal keer laatste jaar gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	67,3	11,6	21,1	77,4	8,7	13,9
Meisjes	80,5	9,8	9,7	85,2	5,3	9,5
Totaal	**73,9**	**10,7**	**15,4**	**81,2**	**7,0**	**11,8**
Aantal keer laatste maand gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	81,5	6,6	11,9	85,1	7,7	7,2
Meisjes	90,5	4,1	5,4	90,4	5,3	4,3
Totaal	**86,0**	**5,4**	**8,6**	**87,6**	**6,5**	**5,9**

Bron: Lambrecht & Andries, 2003 & 2008

In 2007 zijn er in vergelijking met 2003 minder jongens die ooit cannabis hebben gebruikt en ook minder jongens die het laatste jaar cannabis gebruiken. Het percentage meisjes dat de laatste maand cannabis gebruikt blijft in 2003 en 2007 onveranderd terwijl het percentage jongens daalt. In 2007 zijn er vooral minder jongens die ooit, gedurende het laatste jaar of gedurende de laatste maand 3 keer of meer cannabis gebruiken in vergelijking met 2003.

BEGINLEEFTIJD

Uit de ESPAD-gegevens van 2003 blijkt dat 8% van de leerlingen die ooit cannabis hebben gebruikt dat voor het eerst doen als ze 12 jaar of jonger zijn. 20% van de leerlingen die ooit cannabis hebben gebruikt doen dat voor het eerst op een leeftijd van 13 jaar. Op 14 jaar start 37% van de leerlingen met cannabisgebruik, 32% doet dat voor het eerst op 15 jaar. Een klein percentage leerlingen (3%) gebruikt op 16 jaar voor het eerst cannabis.
In 2007 liggen de startleeftijden om met cannabisgebruik te beginnen iets hoger. 6% van de leerlingen is 12 jaar of jonger als ze voor het eerst cannabis gebruiken. 13% van de leerlingen die ooit cannabis hebben gebruikt doen dat voor het eerst op een leeftijd van 13 jaar. Op 14 jaar start 32% van de leerlingen met cannabisgebruik, 46% doet dat voor het eerst op 15 jaar. Een klein percentage leerlingen (3%) gebruikt op 16 jaar voor het eerst cannabis.

In 2003 starten jongens vroeger met cannabisgebruik dan meisjes. 5% van de meisjes tegenover 11% van de jongens heeft op 12 jaar of jonger voor het eerst cannabis gebruikt. In 2007 liggen de beginleeftijden om met cannabisgebruik te starten voor jongens en meisjes dichter bij elkaar.

Samengevat

In 2007 heeft 24% van de leerlingen ooit cannabis gebruikt. Ruim 19% gebruikt het laatste jaar cannabis. 12% van de leerlingen gebruikt de laatste maand cannabis.

Zowel het ooit-gebruik van cannabis als het gebruik van cannabis tijdens het laatste jaar of de laatste maand neemt tussen 2003 en 2007 af.

Cannabisgebruik komt meer voor bij jongens dan meisjes en jongens gebruiken frequenter.

32% van de leerlingen die ooit cannabis hebben gebruikt start op 14 jaar met cannabisgebruik en 46% op 15 jaar. De startleeftijden om met cannabisgebruik te beginnen zijn tussen 2003 en 2007 gestegen.

2.2.1.4 *Trends in cannabisgebruik bij scholieren*

De resultaten van de drie bevragingen over middelengebruik die in Vlaanderen plaatsvinden bij scholieren in het secundair onderwijs zijn niet volledig vergelijkbaar aangezien ze met een andere doelstelling zijn opgezet en een andere me-

thodologie (o.a. andere vragenlijst) volgen[28]. Ooit-gebruik en laatstejaarsgebruik van cannabis zijn indicatoren die zowel in de VAD-leerlingenbevraging als in de HBSC-studie worden bevraagd. Vragen over het laatstejaarsgebruik zijn in de HBSC-studie pas vanaf 2006 ingevoerd. Gebruik van cannabis tijdens de laatste maand wordt in de VAD-leerlingenbevraging pas sinds het schooljaar 2007-2008 bevraagd. In de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie worden leerlingen in het secundair onderwijs bevraagd (11-18 jarigen) terwijl de ESPAD-studie zich concentreert op 15-16-jarigen.

20% van de leerlingen in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging worden bevraagd, heeft ooit cannabis gebruikt. In de HBSC-studie is het ooit-gebruik vergelijkbaar: 22% van de leerlingen die in 2006 worden bevraagd, heeft ooit cannabis gebruikt. Het laatstejaarsgebruik van cannabis door leerlingen in het secundair onderwijs is hoger in de HBSC-studie (17%) dan in de VAD-leerlingenbevraging (12%). Uit de HBSC-studie blijkt verder dat gedurende de laatste maand 11% van de bevraagde leerlingen cannabis gebruikt. Volgens de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 9% van de leerlingen minder dan eenmaal per week cannabis, 3% gebruikt minstens wekelijks cannabis. 1% van de leerlingen gebruikt cannabis dagelijks.

De tendens die uit de VAD-leerlingenbevraging naar voor komt is dat het cannabisgebruik (zowel ooit als laatstejaarsgebruik) bij leerlingen uit het secundair onderwijs stabiel blijft tussen het schooljaar 2000-2001 en 2003-2004. Daarna daalt het significant. Het laatste schooljaar – 2007-2008 – doet zich opnieuw een lichte stijging voor zodat het gebruik ongeveer op hetzelfde peil is als tijdens het schooljaar 2004-2005. De HBSC-studie stelt een dalende tendens vast in het cannabisgebruik (zowel in het ooit-gebruik als in het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand) van leerlingen uit het secundair onderwijs in de periode 1996-2006.

Meer jongens dan meisjes gebruiken cannabis en jongens gebruiken cannabis frequenter. Dit wordt zowel in de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie vastgesteld. De VAD-leerlingenbevraging stelt over de periode sinds het schooljaar 2000-2001 tot nu, bij jongens en meisjes dezelfde trends in cannabisgebruik voor als bij de totale groep leerlingen: voor ooit- en laatstejaarsgebruik vanaf schooljaar 2003-2004 een significante daling, gevolgd door een lichte stijging het laatste schooljaar. In de HBSC-studie daalt het ooit-gebruik van cannabis tussen 1996 en 2006 vooral bij jongens terwijl dit bij meisjes op hetzelfde peil blijft. Het cannabisgebruik tijdens de laatste maand is in de HBSC-studie wel zowel bij jongens als meisjes afgenomen in de periode 1996-2006 maar de daling is alweer opvallender voor jongens.

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat ooit of tijdens het laatste jaar

---

28 Tussen de onderzoekers van ESPAD, HBSC en de VAD-leerlingenbevraging vindt overleg plaats om de onderzoeksmethodes van de drie onderzoeken op elkaar af te stemmen (uniforme definities van verschillende gebruiksvormen, uniformiteit tussen de bevraagde doelgroepen op Vlaams niveau). Daarnaast worden een gemeenschappelijke stam van indicatoren en specifieke indicatoren in de verschillende onderzoeken gedefinieerd.

cannabis gebruikt sterk toe. Dat blijkt zowel uit de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie.

Zowel de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie stellen vast dat het percentage leerlingen dat cannabis gebruikt (ooit, laatste jaar, laatste maand) in het ASO het laagst is. Uit de HBSC-studie blijkt bovendien dat tussen 1996 en 2006 het cannabisgebruik (ooit-gebruik en gebruik tijdens de laatste maand) bij leerlingen in het BSO en het TSO is toegenomen.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 24% ooit cannabis gebruikt, 19% gebruikt het laatste jaar cannabis en 12% de laatste maand. Behalve het laatstejaarsgebruik, dat hier hoger ligt dan in de VAD-leerlingenbevraging, zijn de resultaten vergelijkbaar met de resultaten van deze leeftijdsgroep in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie.
De ESPAD-studie toont ook voor deze leeftijdsgroep een dalende tendens in cannabisgebruik (ooit en laatstejaarsgebruik) tussen 2003 en 2007.

2.2.2 Cannabisgebruik door studenten in het hoger onderwijs

Van studenten in het hoger onderwijs zijn er voor Vlaanderen geen data beschikbaar die het middelengebruik over verschillende jaren monitoren. Wel is er op lokaal niveau met name in **Antwerpen** in 2005 een onderzoek gebeurd over het middelengebruik van studenten in het hoger onderwijs zodat we voor die deelpopulatie wel uitspraken kunnen doen over het middelengebruik.

Eind 2003 zetten de Universiteit Antwerpen (UA), de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) en het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg VAGGA/Altox een samenwerking op om een studentenbevraging te organiseren in de Associatie Universiteit & Hogescholen Antwerpen (AUHA) (Van Hal e.a., 2007). De doelstelling is aanknopingspunten vinden voor preventie in het Antwerps hoger onderwijs. Op basis van de resultaten worden knelpunten en noden gedetecteerd die richtinggevend kunnen zijn voor de verdere ondersteuning van hogescholen en universiteit bij drugpreventie. Dit onderzoek heeft reeds eenmaal plaatsgevonden tussen 14 februari en 28 maart 2005. Begin 2009 gebeurt een tweede studentenbevraging in de AUHA en de associatie universiteit Gent[29].
De doelpopulatie bestaat uit studenten die in Antwerpen hoger onderwijs volgen. In totaal zijn 5.530 enquêtes ingevuld teruggestuurd. Daaruit is een gecorrigeerde, aselecte, gestratificeerde steekproef getrokken van 1.501 studenten. Hierdoor zijn de resultaten representatief voor de AUHA-studentenpopulatie. De gegevensverzameling is gebeurd via een gestructureerde vragenlijst die op de elektronische leeromgeving Blackboard is aangeboden.

47% van de AUHA-studenten heeft ooit cannabis gebruikt, 22% gebruikt het laatste jaar cannabis.

[29] De resultaten daarvan zijn op het moment van de eindredactie van deze publicatie nog niet beschikbaar.

SEKSE

Onder de mannelijke studenten (53%) zijn er meer ooit-gebruikers van cannabis dan bij de vrouwelijke studenten (43%). Ook gebruik van cannabis tijdens het laatste jaar komt meer voor bij mannelijke dan vrouwelijke studenten (51% versus 43%).
Onder de mannelijke studenten zijn er meer frequente cannabisgebruikers (tabel 5). Zowel tijdens het academiejaar, tijdens de vakantieperiodes of tijdens de examenperiodes ligt het percentage mannelijke studenten dat tijdens het afgelopen jaar minstens wekelijks cannabis gebruikt hoger dan het aantal vrouwelijke studenten.

Tabel 5 – Percentage AUHA-studenten dat wekelijks cannabis gebruikt volgens sekse per periode (enkel laatstejaarsgebruikers), 2005

	Mannelijke studenten	Vrouwelijke studenten
Academiejaar	35,8%	24,8%
Examenperiode	25,7%	12,8%
Vakantieperiode	41,7%	31,7%

Bron: Rosiers & Van Hal, 2007

PERIODE

Van de studenten in het hoger onderwijs in Antwerpen die het afgelopen jaar cannabis gebruiken, gebruikt 4 op 10 tijdens het academiejaar occasioneel cannabis (tabel 6). 3 op 10 laatstejaarsgebruikers gebruikt minstens een keer per week, dus regelmatig cannabis[30]. 1 op 10 gebruikt dagelijks cannabis.

Tabel 6 – Frequentie van cannabisgebruik, per periode (enkel laatstejaarsgebruikers) door de AUHA-studentenpopulatie, 2005

	Niet	Minder dan of 1 keer per maand	Minder dan 1 keer per week, meer dan 1 keer per maand	1 keer per week	Meer dan 1 keer per week, minder dan dagelijks	Dagelijks
Academiejaar	24,4%	31,7%	12,8%	8,2%	13,1%	9,8%
Examenperiode	65,9%	6,4%	7,6%	6,1%	8,5%	5,5%
Vakantieperiode	11,6%	35,3%	15,8%	8,8%	14,3%	14,3%

Bron: Rosiers & Van Hal, 2007

In de vakantieperiode ligt de frequentie van cannabisgebruik iets hoger. Vooral het dagelijks gebruik van cannabis ligt dan hoger. 1 op 7 studenten die het laatste jaar cannabis gebruiken doen dat tijdens de vakantieperiode dagelijks.

30 Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week, regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

Tijdens de examenperiode is er een forse terugval in het cannabisgebruik. Tweederde van de studenten die het laatste jaar cannabis gebruiken, doen dat tijdens de examenperiode niet. 6% gebruikt echter ook tijdens de examenperiode dagelijks cannabis. Geëxtrapoleerd naar de hele studentenpopulatie binnen de AUHA komt dat neer op ongeveer 330 studenten.

BEGINLEEFTIJD

1% van de studenten die ooit cannabis hebben gebruikt doet dat voor het eerst op hun twaalfde (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2007). 12% van de studenten gebruikt voor het eerst cannabis op een leeftijd van 14 jaar. Op 15 jaar start 16% van de studenten met cannabisgebruik, 29% doet dat voor het eerst op 16 jaar. Dit betekent dat bijna 6 op 10 van de studenten al op 16 jaar voor het eerst cannabis heeft gebruikt. 17% gebruikt voor het eerst cannabis op 17 jaar, 12% op 18 jaar. Ook blijkt dat significant meer vrouwen dan mannen al voor hun zestiende cannabis gebruiken (34% tegenover 28%).

PLAATS VAN GEBRUIK

Cannabis wordt door studenten in het hoger onderwijs vooral op privé-plaatsen gebruikt met name op appartement/studentenkot, of thuis (Rosiers & Van Hal, 2007). Vergeleken met alcohol of andere illegale drugs wordt cannabis minder gebruikt in cafés, restaurants en clubs/disco's. Openbare plaatsen die wel vaak genoemd worden als plaats waar cannabis gebruikt wordt zijn fuiven, auto of studentikoze activiteiten.

MOTIEVEN VOOR GEBRUIK VAN CANNABIS

De voornaamste motieven die studenten in het hoger onderwijs voor cannabisgebruik aanhalen zijn: 'voor de gezelligheid met vrienden', 'om te ontspannen' en 'om stoom af te laten bij stress' (Rosiers & Van Hal, 2007). Voor cannabisgebruik worden 'om te genieten van muziek of film', 'als slaapmiddel', 'voor de inspiratie' en 'om zorgen te vergeten' vaker vermeld dan bij alcohol. Ook 'om je goed te voelen' wordt vrij vaak aangeduid.

2.3 Cannabisgebruik door specifieke groepen

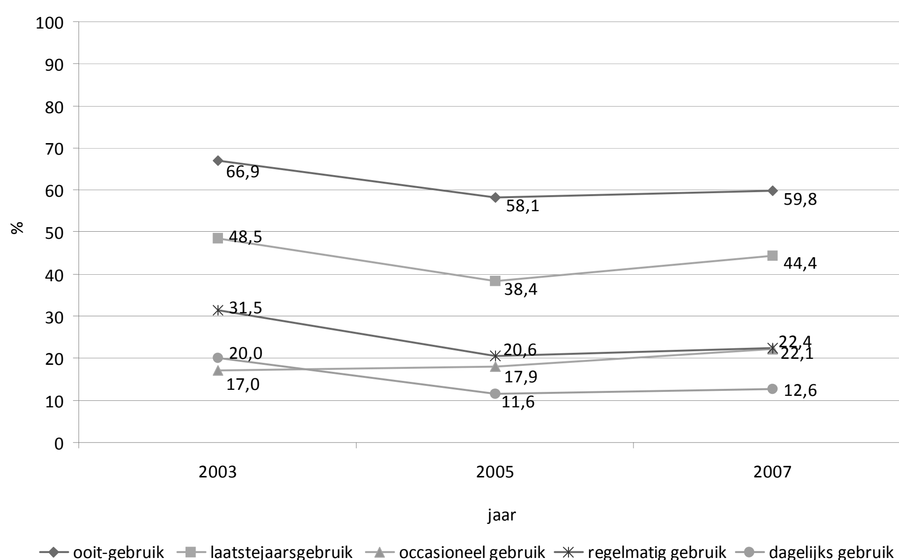
2.3.1 Cannabisgebruik in het uitgaansleven

In het kader van het preventieconcept 'Partywise' start VAD in 2003 met het uitgaansonderzoek (Van Havere, 2008). Het is een exploratief onderzoek naar middelengebruik en de kenmerken van Vlaamse (niet-)gebruikers in het uitgaansmilieu. Het doel is het monitoren van middelengebruik, combigebruik, nieuwe producten, patronen van gebruik; de kenmerken van de uitgaanders en de gebruikers onder uitgaanders bestuderen; zicht krijgen op de kenmerken van de uitgaansscènes en de mogelijke relaties tussen de drie bovenvermelde topics.

Tot slot is het ook de bedoeling om op de evolutie van trends te anticiperen.
In 2003, 2005 en 2007 wordt in uitgaanssettings een schriftelijke gestructureerde vragenlijst afgenomen bij uitgaanders. In 2004 en 2006 vindt het kwalitatieve onderzoeksluik plaats dat bestaat uit interviews met sleutelfiguren uit het uitgaansleven (bv. een dj, een clubuitbater, een peer support lid, ...).
De studiepopulatie bestaat uit personen die uitgaan. De respondenten worden geselecteerd op festivals, events of clubs.
De steekproef is niet representatief voor uitgaanders in Vlaanderen.
In 2007 worden 775 bruikbare vragenlijsten verzameld, 62% van mannen en 38% van vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 22 jaar en 8 maanden.
Verder worden voornamelijk de resultaten uit het kwantitatieve onderzoeksluik besproken.

6 op 10 uitgaanders die in 2007 via de enquête bevraagd worden hebben ooit cannabis gebruikt, 4 op 10 gebruiken het laatste jaar **cannabis** (Van Havere, 2008). De verhouding occasionele en regelmatige gebruikers van cannabis is gelijk (22%)[31]. 13% gebruikt dagelijks cannabis. De groep dagelijkse cannabisgebruikers bestaat hoofdzakelijk uit werkende mannen tussen 17 en 24 jaar. Het cannabisgebruik kent in de periode 2003-2005 een fikse daling (grafiek 6). In 2003 gebruikt 48% van de uitgaanders het laatste jaar cannabis, in 2005 is dat teruggelopen naar 38%. In 2007 stijgt het cannabisgebruik opnieuw maar het laatstejaarsgebruik (44%) ligt nog steeds lager dan in 2003.

Grafiek 6 – Evolutie van cannabisgebruik bij uitgaanders in Vlaanderen, 2003-2007



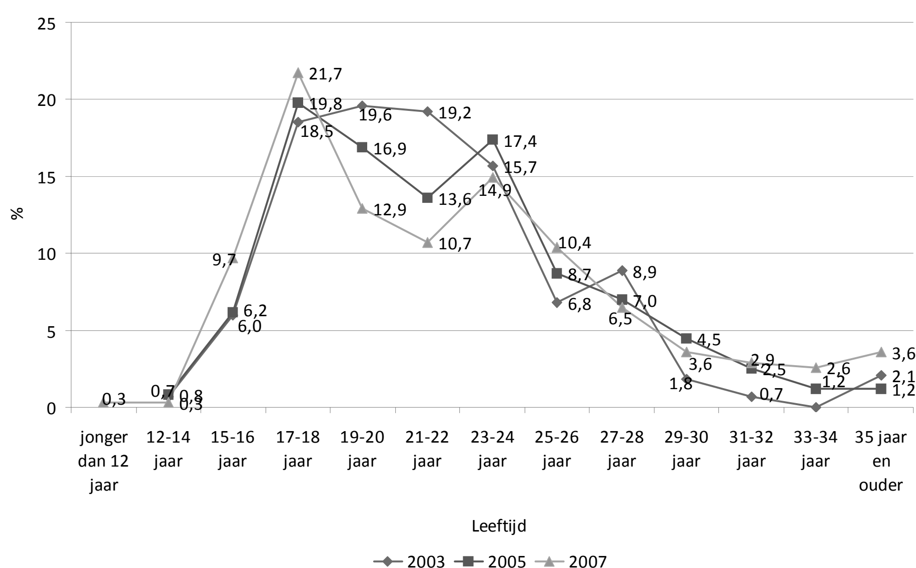
Bron: van Havere, 2008

31 Occasioneel betekent 1 keer per maand of minder tot enkele keren per maand. Regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

LEEFTIJD

De meeste cannabisgebruikers die in het uitgaansonderzoek worden bevraagd zijn tussen 17 en 18 jaar oud (22%) (grafiek 7) (Van Havere, 2008). 10% is tussen 15 en 16 jaar. 15% van de cannabisgebruikers is tussen 23 en 24 jaar.
De leeftijdsverdeling van uitgaanders die het laatste jaar cannabis gebruiken vertoont voor 2003, 2005 en 2007 dezelfde tendens.

Grafiek 7 – Evolutie van de leeftijd van uitgaanders in Vlaanderen die het laatste jaar cannabis gebruiken, 2003-2007



Bron: van Havere, 2008

SEKSE

In 2007 zijn 7 op 10 uitgaanders die het laatste jaar cannabis gebruiken mannen en 3 op 10 is vrouw.

GEBRUIKSPATRONEN

Cannabis wordt zowel voor, tijdens als na het uitgaan gebruikt en vooral in groep (Van Havere, 2008). Dit is zowel in 2007 als in de vorige onderzoeksjaren het geval. Wordt de periode 2003-2007 bekeken dan zijn er over de jaren heen minder uitgaanders die tijdens en na het uitgaan cannabis gebruiken. Tevens vermindert het individueel gebruik van cannabis: in 2003 geeft 49% van de uitgaanders aan dat ze cannabis alleen gebruiken, in 2007 gebruikt 24% van de uitgaanders cannabis als ze alleen zijn.

2.3.2 Cannabisgebruik door gedetineerden

Sinds 2001 beschikt de Dienst voor Gezondheidszorg Gevangenissen van de Federale overheidsdienst (FOD) justitie over een onderzoeksinstrument om de drugproblemen in de gevangenis doorheen de tijd op te volgen (Todts e.a., 2006). Met behulp van een gestructureerde schriftelijke vragenlijst wordt informatie verzameld over risicogedrag en het gebruik van illegale drugs in de Belgische gevangenissen. Deze vragenlijst voor gedetineerden is uitgetest in 2000 (De Maere e.a., 2000) en wordt voor het eerst gebruikt in 2003 (Hariga e.a., 2003). Sedertdien is het instrument opnieuw verbeterd. De vragenlijst levert informatie over sociale en demografische gegevens, de detentiegeschiedenis, het algemeen gevoel van welbevinden, risicogedrag en de kennis van risicofactoren, vroeger druggebruik, druggebruik in de gevangenis, problemen die in verband met druggebruik kunnen opduiken (slachtofferschap, financiële problemen, geweld, enzovoort). Van 20 oktober tot 25 november 2006 is het onderzoek voor de derde keer uitgevoerd bij een representatieve steekproef van 902 gedetineerden[32].

In 2006 zegt de helft van de respondenten (52%) ooit, binnen of buiten de gevangenis, cannabis te hebben gebruikt (tabel 7) (Todts e.a., 2006). In 2003 gaat het om 47%. Ooit-gebruik van cannabis komt in de vragenlijst van 2000 niet aan bod. Een kwart van de gedetineerden (27%) die in 2006 aan het onderzoek deelnemen, gebruikt tijdens de huidige detentieperiode cannabis. Dit percentage is tussen 2000 en 2006 afgenomen. In 2000 gebruikt ruim een derde tijdens de huidige detentieperiode cannabis. In 2006 heeft 4% van de gedetineerden cannabis voor het eerst leren gebruiken in de gevangenis. In 2000 gaat het nog om 18%.

Tabel 7 – Gebruik van cannabis door gedetineerden in België, 2000-2006 (%)

Ooit-gebruik		Gebruik tijdens huidige detentie			Eerste gebruik in gevangenis		
2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)
47,1	52,3	36,6	28,9	27,3	18,3	11,4	3,9

Bron: Todts e.a., 2006

2.3.3 Cannabisgebruik door ervaren cannabisgebruikers

De studie 'cannabis in Vlaanderen' van Decorte e.a. (2003) heeft als doel een breed gamma onderzoeksgegevens over cannabis te geven afkomstig van een steekproef van ervaren cannabisgebruikers om zo een beter inzicht te verwerven in alle mogelijke gebruikspatronen van cannabis in Vlaanderen. Het ontwerp van dit onderzoek is gebaseerd op een onderzoek van Peter Cohen over de pa-

32 België telt 32 gevangenissen waar op 1 juni 2006 10.614 gedetineerden verblijven.

tronen van gebruik van ervaren cannabisgebruikers in Amsterdam, San Francisco en Bremen[33]. Centraal in deze studie staat het perspectief van de cannabisgebruiker zelf. Hoewel het hier om een eenmalig onderzoek gaat, uitgevoerd in de periode 2002-2003, is de studie zeer relevant voor deze publicatie. Ze geeft immers bijkomende inzichten in het gebruik van cannabis die we niet uit ander, veeleer kwantitatief prevalentieonderzoek, kunnen afleiden.

De steekproef voor dit onderzoek is samengesteld door gebruik te maken van 'Privileged acces interviewers' (Decorte e.a., 2003). Interviewers rekruteren en interviewen ervaren cannabisgebruikers in hun eigen omgeving. In een tweede fase wordt ook de techniek van de sneeuwbalsteekproef gebruikt: aan de geïnterviewden is gevraagd of zij andere personen kennen die voldoen aan de kenmerken om deel te nemen aan het onderzoek.
De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit ervaren cannabisgebruikers die gerekruteerd zijn buiten de traditionele kanalen van hulpverlening, politie en justitie. De respondenten moeten al ten minste 25 keer cannabis gebruikt hebben en ze moeten ten minste 18 jaar zijn.
Uiteindelijk zijn 369 ervaren cannabisgebruikers geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 24,6 jaar. Meer dan de helft is tussen 21 en 25 jaar.
De steekproef is niet representatief voor de Vlaamse cannabisgebruikers. Studenten zijn oververtegenwoordigd, etnische minderheden zijn ondervertegenwoordigd. Er is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerde vragenlijst waarin diverse topics aan bod kwamen: kenmerken van begin van gebruik, niveau van gebruik, gebruikspatronen, stoppen en tijdelijk minderen van gebruik, andere drugs en combinaties, kopen van cannabis, gebruiksomstandigheden, voor- en nadelen van gebruik, effecten, informatie en meningen over cannabis en andere gebruikers, afhankelijkheid, gebruik van cannabis op het werk, betrokkenheid bij subcultuur.

BEGINNEN MET CANNABISGEBRUIK

Uit dit onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers blijkt dat de gemiddelde leeftijd waarop de respondenten voor het eerst cannabis gebruiken 16,3 jaar is (Decorte e.a., 2003). De meeste respondenten gebruiken de eerste keer marihuana (80%). 15% gebruikt de eerste keer hasj.
68% krijgt cannabis de eerste keer aangeboden. 19% vraagt er zelf om en 12% heeft het de eerste keer zelf gekocht.
Bijna 89% van de cannabisgebruikers gebruikt cannabis voor het eerst in het gezelschap van één of meer vrienden, wat aantoont dat het een sociaal gebeuren is.

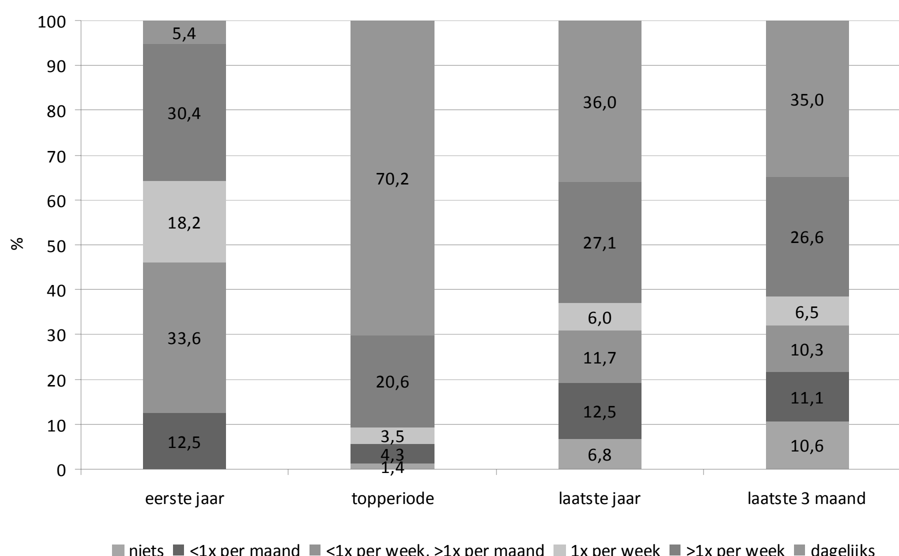
GEBRUIKSCARRIÈRE

Bij de meeste respondenten is het gebruik 'langzaam gegroeid, tot het een piek

33 Cohen, P., & Kaal, H. (2001). *The irrelevance of drug policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen.* Amsterdam: Centre for Drug Research.

bereikte en daarna weer afnam'[34]. De meeste cannabisgebruikers hebben binnen de maand na hun eerste ervaring met cannabis opnieuw cannabis gebruikt. Gemiddeld beginnen de respondenten op de leeftijd van 17,7 jaar regelmatig (minstens één keer per maand) cannabis te gebruiken. De 'topperiode', namelijk de periode waarin het meest cannabis wordt gebruikt, volgt 2,4 jaar later op een gemiddelde leeftijd van 20,1 jaar. De topperiode duurt gemiddeld 2 jaar en 2 maanden.
In de topperiode gebruikt 70% van de respondenten dagelijks cannabis. De laatste drie maand voor het interview gebruikt 35% van de steekproef dagelijks cannabis (grafiek 8). Mannen gebruiken frequenter dan vrouwen.

Grafiek 8 – Regelmaat van cannabisgebruik bij ervaren cannabisgebruikers in Vlaanderen, 2002-2003



Bron: Decorte e.a., 2003

PATRONEN VAN CANNABISGEBRUIK

Ervaren cannabisgebruikers gebruiken gemiddeld 7 gram cannabis per maand tijdens het eerste jaar van regelmatig gebruik, 24 gram tijdens de topperiode, 13 gram tijdens het laatste jaar en 13 gram tijdens de laatste 3 maanden voor het interview (Decorte, e.a., 2003). Mannen gebruiken maandelijks gemiddeld grotere hoeveelheden dan vrouwen.

34 Om een zicht te krijgen op de algemene gebruikscarrière kregen de respondenten een lijst voorgelegd van 6 gebruikspatronen. Het patroon 'langzaam gegroeid, tot het een piek bereikte en daarna weer afnam' werd door de helft van de gebruikers gekozen. Er is niet verder gespecificeerd of het gaat om een toename in de hoeveelheid cannabis of dat de frequentie van gebruik toenam of dat beiden een piek bereikten.

Tijdens het eerste jaar van regelmatig gebruik wordt cannabis meer in het weekend of alleen in het weekend gebruikt. In de topperiode gebruikt meer dan de helft van de respondenten evenveel in de week als in het weekend.
Cannabis wordt vooral 's avonds en of 's nachts gebruikt.

PLAATS VAN CANNABISGEBRUIK

De vaakst genoemde situaties waar de respondenten cannabis gebruiken zijn 'bij vrienden' en bij het 'uitgaan' (Decorte, e.a., 2003). De plaatsen waar het vaakst cannabis wordt gebruikt zijn bij vrienden thuis, thuis, op feestjes of op concerten. Situaties die daarentegen niet geschikt worden geacht om cannabis te gebruiken zijn 'voor of op het werk', 'met familie', 'bij een belangrijke prestatie of examen', 'thuis of met ouders' of 'op school'. Cannabis wordt zelden of nooit gebruikt op het werk.

2.3.4 Cannabisgebruik door ervaren cocaïnegebruikers

In hoofdstuk 3.3.4 wordt het gebruik van cocaïne en andere middelen besproken van ervaren cocaïnegebruikers die in 1997 en 2003 geïnterviewd zijn door Decorte en Slock (2005)[35]. Alle ervaren cocaïnegebruikers die in dit onderzoek geïnterviewd zijn, hebben ooit cannabis gebruikt (tabel 1 in bijlage) (Decorte & Slock, 2005). 83% van de respondenten bevraagd in 1997 gebruikt de afgelopen twee weken cannabis. Van de groep cocaïnegebruikers die ook in 2003 werd opgespoord gebruikt 71% tijdens de afgelopen twee weken cannabis.

2.4 Cannabis gecombineerd met ...

Combigebruik staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling (Laudens, 2004). Dit komt gedeeltelijk door veranderingen in gebruikspatronen in het uitgaansleven waar uitgaanders makkelijker dan vroeger meerdere middelen combineren. Combigebruik is een speciale vorm van polydruggebruik. Gemeenschappelijk aan beide concepten is het gebruik van meer dan een drug door eenzelfde persoon. Bij polydruggebruik worden er weinig of geen beperkingen opgelegd aan de tijdspanne waarbinnen de verschillende drugs gebruikt worden. Deze tijdspanne varieert van zeer kort tot enkele weken of zelfs lifetime. Bij combigebruik worden de drugs tegelijkertijd of binnen een zeer korte tijdspanne genomen waarbij een interactie tussen de effecten van de verschillende drugs wordt verondersteld.

In de ESPAD-studie (Lambrecht & Andries, 2008), het VAD-uitgaansonderzoek (Van Havere, 2008), het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers (Decorte e.a., 2003) en het onderzoek bij ervaren cocaïnegebruikers (Decorte, 2000; De-

35 De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in hoofdstuk 3.3.4.

corte & Slock, 2005) is nagegaan of cannabisgebruikers cannabis in combinatie met een ander middel gebruiken. Doordat cannabis meestal in een joint gerookt wordt combineren de meeste gebruikers cannabis met tabak.

2.4.1 Combigebruik door scholieren

In de **ESPAD-studie** wordt nagegaan hoeveel keer de leerlingen ooit **cannabis en alcohol** hebben gebruikt **op hetzelfde moment**. In de studie van 2003 wordt ook gevraagd of dit zich het laatste jaar en de laatste maand heeft voorgedaan. Deze vragen zijn in de ESPAD-studie van 2007 niet meer opgenomen. De ESPAD-studie polst tevens naar de leeftijd waarop voor het eerst alcohol met cannabis wordt gecombineerd.

14% van de leerlingen die in 2007 aan de ESPAD-studie deelnemen hebben **ooit** cannabis en alcohol op hetzelfde moment gebruikt (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008).
In 2003 geldt dat voor 20% van de leerlingen. In het ESPAD-onderzoek van 2003 geeft 12% van de leerlingen aan tijdens het **laatste jaar** cannabis en alcohol op hetzelfde moment gebruikt te hebben. 7% van de leerlingen doet dat toen ook tijdens de **laatste maand**.

Cannabis samen met alcohol op hetzelfde moment gebruiken komt veel meer voor bij jongens dan meisjes. Dat geldt zowel voor het ooit-gebruik, gebruik tijdens het laatste jaar als gebruik tijdens de laatste maand. In 2007 zijn er zowel bij de meisjes als bij de jongens minder leerlingen die ooit alcohol met cannabis hebben gecombineerd.

Uit de ESPAD-gegevens van 2007 blijkt dat 1% van de leerlingen die ooit cannabis met alcohol hebben gecombineerd dat doen als ze 12 jaar of jonger zijn. 6% doet dat voor het eerst als ze 13 jaar oud zijn. 30% van de leerlingen die ooit cannabis met alcohol hebben gecombineerd doet dat voor het eerst op een leeftijd van 14 jaar en 57% gebruikt voor het eerst cannabis en alcohol tegelijkertijd op 15 jaar. 5% van de leerlingen gebruikt voor het eerst cannabis en alcohol tegelijkertijd op 16 jaar, 1% op 17 jaar.
In 2003 wordt niet gevraagd naar de leeftijd waarop voor het eerst cannabis en alcohol gecombineerd gebruikt wordt waardoor geen trend kan gegeven worden.

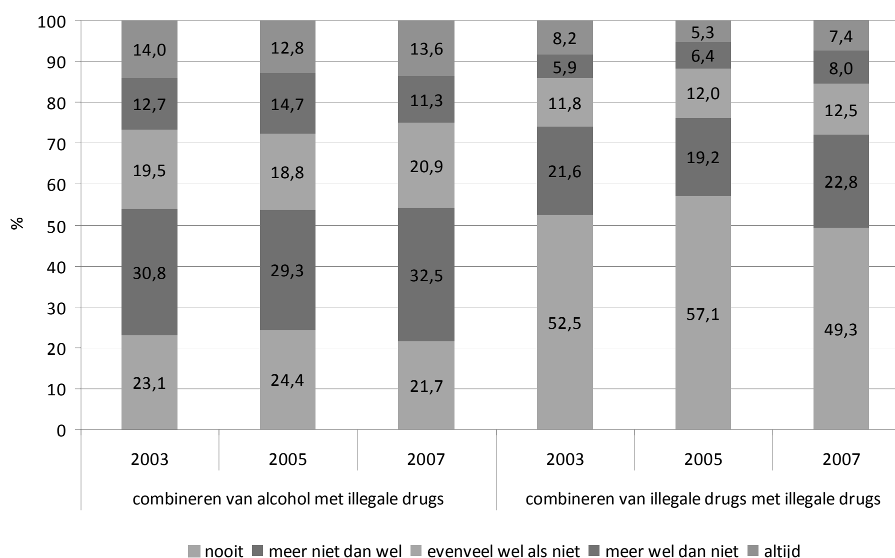
2.4.2 Combigebruik door uitgaanders

In het **VAD-uitgaansonderzoek** wordt combigebruik[36] van personen die uitgaan onder de loep genomen (Van Havere, 2008). De vraag over combigebruik bestaat uit twee delen: enerzijds wordt gevraagd naar het **gelijktijdig gebruik** van

[36] Combigebruik wordt in dit onderzoek omschreven als het gebruik van meerdere middelen tijdens één moment. Dit moment kan een nacht zijn, een avond, ...

alcohol met illegale drugs en anderzijds naar gelijktijdig gebruik van illegale drugs met andere illegale drugs. Respondenten kunnen aankruisen of ze nooit combineren, meer niet dan wel, evenveel wel als niet, meer wel dan niet of altijd.
De meeste gebruikers combineren wel eens illegale drugs met alcohol (grafiek 9). Dit komt echter 'meer niet dan wel' voor. In 2007 zegt bijna de helft van de uitgaanders nooit illegale drugs met illegale drugs te combineren. De helft combineert wel verschillende illegale drugs met elkaar.
Over de periode 2003-2007 zijn er geen significante verschillen in het combigebruik vastgesteld.
In een open vraag kan bijkomend aangeduid worden welke middelen gecombineerd worden. 211 respondenten hebben deze vraag beantwoord. In 2007 is de meest genoemde combinatie **alcohol en cannabis** (52%).

Grafiek 9 – Evolutie van combigebruik bij uitgaanders in Vlaanderen, 2003-2007



Bron: Van Havere, 2008

2.4.3 Combigebruik door ervaren cannabisgebruikers

In het onderzoek bij **ervaren cannabisgebruikers** wordt aan de respondenten die een bepaald middel ooit hebben gebruikt gevraagd hoe dikwijls ze dat middel gebruiken in combinatie met cannabis (Decorte e.a., 2003). 38% van de ervaren cannabisgebruikers heeft een favoriete combinatie van cannabis met een ander middel (met uitzondering van tabak). Voor 20% is dat alcohol en cannabis en 7% vindt cannabis met XTC de beste combinatie.
Cannabis wordt het vaakst gecombineerd met tabak, XTC of amfetamines (tabel 2 in bijlage). 82% van de respondenten die ooit tabak hebben gebruikt combi-

neert tabak vaak of altijd met cannabis. 57% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit XTC hebben gebruikt combineren dit vaak of altijd met cannabis. 56% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit amfetamines hebben gebruikt combineren dit vaak of altijd met cannabis.

2.4.4 Combigebruik door ervaren cocaïnegebruikers

Zowel in de originele als in de follow up studie bij ervaren cocaïnegebruikers (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005) wordt cocaïne het vaakst gecombineerd met alcohol en cannabis. 40% combineert cocaïne altijd met cannabis.

2.5 Europese vergelijking cannabisgebruik

In Europa heeft 1 op 5 van de 15- tot 64-jarigen ooit cannabis gebruikt (EMCDDA, 2008). Gemiddeld heeft ongeveer 7% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar het laatste jaar cannabis gebruikt. In de laatste maand gebruikt ongeveer 4% van de 15- tot 64-jarigen cannabis. Geschat wordt dat ruim 1% van alle Europese volwassenen (vrijwel) dagelijks cannabis gebruikt. In de meeste Europese landen is het cannabisgebruik de laatste jaren gedaald of gestabiliseerd (EMCDDA, 2008).

Tabel 8 geeft een overzicht van het cannabisgebruik door de volwassen bevolking in enkele Europese landen. België scoort lager dan het Europees gemiddelde.

Tabel 8 – Cannabisgebruik bij de bevolking van 15-64 jaar in een aantal Europese landen

Land	Jaar	Ooit-gebruik	Gebruik tijdens laatste jaar	Gebruik tijdens laatste maand
België	2004	13,0%	5,0%	3,0%
Bulgarije[37]	2005	4,4%	1,5%	0,8%
Cyprus	2006	6,6%	2,1%	1,4%
Nederland	2005	22,6%	5,4%	3,3%
Frankrijk	2005	30,6%	8,6%	4,8%
Duitsland[38]	2006	23,0%	4,7%	2,2%
Malta[39]	2001	3,5%	0,8%	0,5%
Verenigd Koninkrijk	2004	29,6%	10,3%	6,2%
Spanje	2005-2006	28,6%	11,2%	8,7%
Italië	2005	29,3%	11,2%	5,8%
EU		21,8%	6,8%	3,8%

Bron: EMCDDA, 2008; EMCDDA, 2009b

[37] Voor Bulgarije gaat het om de 18-60-jarigen.
[38] Voor Duitsland gaat het om 18-64-jarigen.
[39] Voor Malta gaat het om 18-64-jarigen.

Cannabisgebruik is doorgaans hoger bij de jongvolwassen Europeanen van 15 tot 34 jaar (EMCDDA, 2008). Gemiddeld heeft 31% van de 15-34 jarigen ooit cannabis gebruikt, 13% gebruikt het afgelopen jaar cannabis en 7% in de afgelopen maand.
In de leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar wordt het cannabisgebruik nog hoger geschat. 17% van de Europeanen tussen 15 en 24 jaar gebruikt het afgelopen jaar cannabis en 9% gebruikt de afgelopen maand cannabis. 3 op 10 jongeren van deze leeftijd hebben ooit cannabis gebruikt.

Op Europees vlak zijn de gegevens over het cannabisgebruik van scholieren van de ESPAD- en de HBSC-studie goed te vergelijken.

In de resultaten van het **ESPAD-onderzoek** staat Vlaanderen op de dertiende plaats wat betreft het ooit-gebruik van cannabis en neemt het de negende plaats in wat betreft het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand (Hibell e.a., 2009) (tabel 9).

Tabel 9 – Cannabisgebruik bij scholieren van 15-16 jaar in een aantal Europese landen, 2007

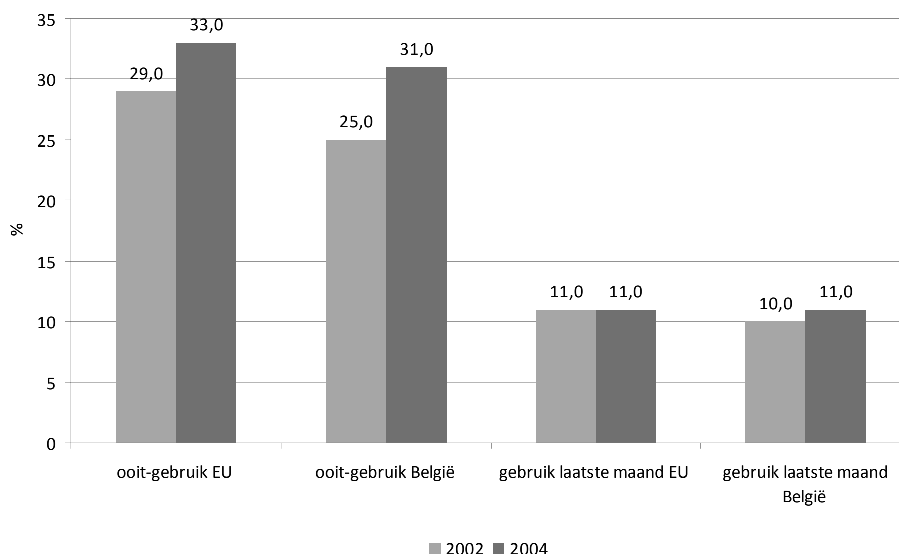
Land	Ooit-gebruik	Gebruik tijdens laatste jaar	Gebruik tijdens laatste maand
Frankrijk	31%	24%	15%
Verenigd Koninkrijk	29%	22%	11%
Nederland	28%	25%	15%
België (Vlaanderen)	24%	19%	12%
Italië	23%	19%	13%
Duitsland	20%	15%	7%
EU	19%	14%	7%

Bron: Hibell e.a., 2009

Als de resultaten uit 2005/2006 van het **HBSC-onderzoek** voor de verschillende deelnemende landen worden vergeleken staat Vlaanderen op de zeventiende plaats wat betreft het ooit-gebruik van cannabis en op de vijftiende plaats wat betreft het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand (Currie e.a., 2008).

In een **Eurobarometer**-onderzoek over jongeren en drugs wordt gepolst naar het gebruik van cannabis en andere illegale middelen bij jongeren in 15 Europese lidstaten (European Opinion Research Group (EORG), 2002; EORG, 2004). In elke lidstaat zijn dezelfde vragen voorgelegd aan een representatief staal van de bevolking tussen 15 en 24 jaar. In 2002 zijn per land ongeveer 450 personen bevraagd. Voor de hele Europese Unie bestaat de steekproef uit 7.687 respondenten. Het onderzoek is in 2004 hernomen met dezelfde vragenlijst en dezelfde methodologie. Er zijn dan in heel Europa in totaal 7.659 jongeren tussen 15 en 24 jaar bevraagd via een face-to-face interview. Ook in 2008 is een Eurobarometer onderzoek uitgevoerd (EORG, 2008). De vragenlijst is echter niet meer dezelfde en de vragen over gebruik van cannabis en andere middelen zijn niet meer hernomen.

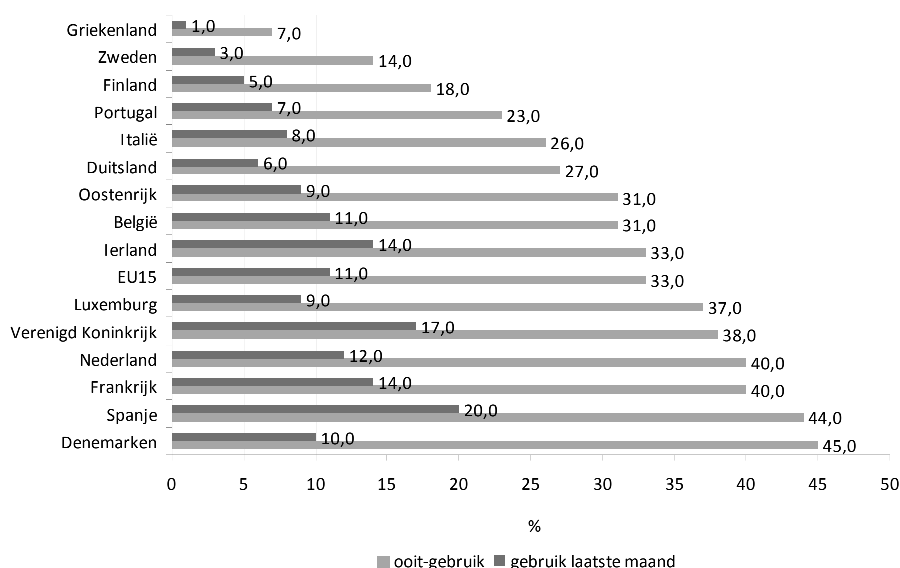
Grafiek 10 – Gebruik van cannabis in de Europese Unie en België, 2002 en 2004



Bron: EORG, 2004

In 2004 heeft volgens het Eurobarometeronderzoek 33% van de Europese jongeren tussen 15 en 24 jaar ooit cannabis gebruikt (grafiek 10). Dat is iets meer dan in 2002 (29%). 11% van de Europese jongeren gebruikt de laatste maand

Grafiek 11 – Gebruik van cannabis in de Europese Unie en België, 2004



Bron: EORG, 2004

cannabis (EORG, 2004). Dit percentage is tegenover 2002 niet veranderd. De cijfers voor België neigen sterk naar het Europees gemiddelde. Het ooit-gebruik van cannabis is bij Belgische jongeren tussen 2002 en 2004 toegenomen maar het gebruik van cannabis in de laatste maand blijft onveranderd.

In Denemarken zegt in 2004 45% van de jongeren dat ze ooit cannabis hebben gebruikt, in Griekenland slechts 7% van de jongeren. België bevindt zich wat ooit-gebruik van cannabis betreft op de negende plaats (grafiek 11). Spanje telt het hoogste percentage jongeren die de laatste maand cannabis gebruiken (20%), Griekenland het laagste (1%). België bevindt zich met 11% jongeren die de laatste maand cannabis gebruiken op de zesde plaats in Europa.

2.6 Gevolgen van cannabisgebruik

2.6.1 Problematisch gebruik

Wanneer sprake is van problematisch middelengebruik is toegelicht in hoofdstuk 1 paragraaf 1.2. In de ESPAD-studie (Lambrecht & Andries, 2008), in de bevraging van de AUHA-studenten (Rosiers & Van Hal, 2007) en het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers (Decorte e.a., 2003) is bij de respondenten gepolst of ze zelf problemen ervaren met het gebruik van cannabis. Hoeveel procent van de bevolking in de problemen komt door cannabisgebruik is niet bekend. Data uit de hulpverlening geven wel een beeld van het aantal en het profiel van personen dat hulp zoekt omwille van problemen met cannabisgebruik (zie hoofdstuk 7).

2.6.1.1 *Problematisch gebruik van cannabis door scholieren*

Om de negatieve gevolgen van cannabisgebruik na te gaan (gaande van niet-recreationeel gebruik tot afhankelijkheid) werd in de **ESPAD**-vragenlijst van 2007 de 'Cannabis Abuse Screening Test' (CAST) module ingebouwd (Hibell e.a., 2009). Deze heeft als doel schadelijke gebruikspatronen te identificeren[40]. Hiervan zijn dus geen trendgegevens beschikbaar. De 6 CAST-items worden enkel voorgelegd aan de leerlingen die de voorbije 12 maanden cannabis gebruikt hebben. De resultaten gaan dus enkel over deze groep leerlingen.

---

40 De CAST bestaat uit zes vragen die kunnen beantwoord worden aan de hand van een 5-punten schaal gaande van 'nooit' tot 'heel vaak': (1) Heb je ooit cannabis gebruikt in de voormiddag? (2) Heb je ooit cannabis gebruikt terwijl je alleen was? (3) Heb je ooit geheugenproblemen gehad wanneer je cannabis gebruikte? (4) Hebben je vrienden of familie gezegd dat je minder cannabis zou moeten roken of zou moeten stoppen? (5) Heb je ooit geprobeerd te minderen of te stoppen met cannabis, zonder dat dit lukte? (6) Het je ooit problemen gehad als gevolg van je cannabisgebruik (ruzie, gevecht, ongeluk, slechte schoolresultaten, ...)? Voor de eerste 2 items krijgt men een positieve score vanaf de antwoordcategorie 'af en toe'. Voor de andere items scoort men al positief wanneer 'zelden' wordt aangeduid.

Op de eerste indicator van niet-recreationeel cannabisgebruik 'heb je ooit cannabis gebruikt in de voormiddag' antwoordt 4% van de leerlingen positief (4% van de jongens en 3% van de meisjes) (Lambrecht & Andries, 2008).
De tweede indicator van niet-recreationeel cannabisgebruik, 'heb je ooit cannabis gebruikt terwijl je alleen was?' is positief voor 3% van de scholieren (4% van de jongens en 2% van de meisjes).
5% van de leerlingen meldt ooit geheugenproblemen gehad te hebben wanneer ze cannabis gebruiken (6% van de jongens en 5% van de meisjes), wat een indicator is van problematisch cannabisgebruik.
Het tussenkomen van vrienden of familie in het cannabisgebruik kan ook gezien worden als een indicator van problematisch cannabisgebruik. 4% van de leerlingen heeft al ervaren dat vrienden of familie zeggen dat ze minder cannabis zouden moeten roken of zouden moeten stoppen (5% jongens en 3% meisjes).
Van de leerlingen die de laatste 12 maanden cannabis gebruiken, heeft 3% ooit geprobeerd te minderen of te stoppen met cannabis, zonder dat dit lukte. Dit wordt beschouwd als een indicator van afhankelijkheid. Dit geldt voor 4% van de jongens en 3% van de meisjes.
Het laatste item van de CAST-schaal wijst eveneens op afhankelijkheid, namelijk 'heb je ooit problemen gehad als gevolg van je cannabisgebruik (ruzie, gevecht, ongeluk, slechte schoolresultaten, ...)?'. Voor 4% van de leerlingen is dat het geval (5% van de jongens en 3% van de meisjes).

Op basis van de antwoorden op elk item van de CAST-schaal kan een totaalscore berekend worden die varieert van 0 tot 6. Een score 6 betekent dat alle zes cannabisgerelateerde problemen tijdens de afgelopen 12 maanden aanwezig zijn. Een score van 4 of meer wijst op problematisch cannabisgebruik. In Vlaanderen heeft 2% van de 15-16-jarigen die de voorbije 12 maanden cannabis gebruikt hebben een score van 4 of hoger (voor jongens 2% en voor meisjes 1%).

2.6.1.2 *Problematisch gebruik van cannabis door studenten in het hoger onderwijs*

Om te meten of de Antwerpse studenten in het hoger onderwijs zelf problemen ondervinden met het gebruik van cannabis gebruiken Rosiers en Van Hal (2007) dezelfde zes vragen uit de vragenbatterij van het onderzoek 'cannabis in Vlaanderen' bij ervaren cannabisgebruikers van Decorte e.a. (2003)[41]. Aan de studenten die het laatste jaar cannabis gebruiken is gevraagd of ze ooit bepaalde DSM-IV-criteria voor cannabisafhankelijkheid hebben ervaren.

Twee derde van de AUHA-studenten die het laatste jaar cannabis gebruiken antwoordt geen enkele keer positief op de vragen die een vertaling zijn van de DSM-IV-criteria voor cannabisafhankelijkheid (Rosiers & Van Hal, 2007).
De groep studenten die wel één of meerdere positieve antwoorden geeft op de DSM-IV-criteria, vermeldt vooral het langer gebruiken van cannabis dan men van plan was en het zonder succes willen verminderen of stoppen met cannabis-

[41] Dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.6.1.3.

gebruik. 1 op de 10 studenten uit het hoger onderwijs die het laatste jaar cannabis gebruiken antwoorden positief op 4 of meer DSM-IV-criteria uit de vragenbatterij. Geëxtrapoleerd naar de AUHA-studentenpopulatie komt dat neer op een honderdtal studenten die met een complexe problematiek tengevolge van hun cannabisgebruik worstelen.
Hoe frequenter cannabis wordt gebruikt hoe groter de kans dat men er verschillende problemen van ondervindt[42].
Cannabisgebruikende mannelijke studenten kampen relatief meer met problemen dan cannabisgebruikende vrouwelijke studenten.

2.6.1.3 *Problematisch gebruik van cannabis door ervaren cannabisgebruikers*

In het onderzoek ‘cannabis in Vlaanderen’ bij ervaren cannabisgebruikers gaan Decorte e.a. (2003) op basis van de DSM-IV-criteria voor cannabisafhankelijkheid na of de respondenten al dan niet afhankelijk zijn van cannabis. De diagnostische criteria voor afhankelijkheid uit de DSM-IV worden daarvoor in zes concrete vragen vertaald. Aan de respondenten wordt gevraagd of ze bepaalde DSM-IV-criteria gedurende hun volledige gebruikscarrière hebben ervaren.

55% van de ervaren cannabisgebruikers heeft ooit al langer dan een week meer cannabis gebruikt dan men van plan was of gebruikt het middel langer dan men van plan was. 4 op 10 heeft al ooit langer dan een week de behoefte gevoeld om het gebruik van cannabis te verminderen of ermee te stoppen. Een derde heeft ooit langer dan een week sociale activiteiten, hobby's of werk verminderd of gestaakt vanwege het cannabisgebruik. 29% heeft ooit langer dan een week verplichtingen inzake werk of school niet nagekomen door het gebruik van cannabis. 21% heeft ooit cannabis langer dan een week gebruikt terwijl een psychisch of lichamelijk probleem veroorzaakt of verergerd werd door het gebruik van cannabis. Een vijfde bleef ooit langer dan een week cannabis gebruiken terwijl relationele problemen veroorzaakt of verergerd werden door het gebruik van cannabis.
Ruim een derde van de ervaren cannabisgebruikers heeft gedurende de hele gebruikscarrière minstens drie verschijnselen uit deze DSM-IV-criteria inzake cannabisafhankelijkheid ondervonden.

2.6.2 Effecten van cannabisgebruik op de gezondheid

In het VAD-dossier over cannabis worden op basis van de wetenschappelijke literatuur de (gezondheids)risico’s van cannabisgebruik uitgebreid besproken (Kinable, 2008). Samengevat kan gesteld worden dat cannabisgebruik een daling van de **bloeddruk** en een versnelling van de **hartslag** veroorzaakt. Dit kan een acuut gevaar opleveren voor mensen met hart- en vaatproblemen. Of cannabisgebruik een stijging van **infectieziekten** teweegbrengt kan op basis van

42 Deze resultaten zijn significant.

de huidige stand van de wetenschap niet geconcludeerd worden. Het is onwaarschijnlijk dat matig cannabisgebruik het immuunsysteem van gezonde mensen ernstig verstoort. Dagelijkse, zware cannabisgebruikers lopen wel risico en zieke mensen nog meer, zeker wanneer ze al een aandoening hebben van hun immuunsysteem.

THC heeft een beperkte invloed op het **reproductief systeem**. Op korte termijn kan het gebruik van cannabis een tijdelijke en omkeerbare onderdrukking van de vruchtbaarheid veroorzaken.

Cannabisgebruik heeft een invloed op zowel de (fijne) **motoriek** als de **beweeglijkheid**. Deze invloed is dosisafhankelijk en kan zowel stimulerend als remmend werken.

Onderzoek heeft (nog) niet kunnen aantonen dat cannabisgebruik blijvende veranderingen in de **hersenstructuur** zou veroorzaken bij volwassenen. De puberteit is een kritieke periode voor de ontwikkeling van de hersenen waardoor adolescenten wellicht kwetsbaarder zijn voor de negatieve gevolgen van cannabisgebruik dan volwassenen, en nog meer wanneer het gaat om hoog-risicojongeren of om jongeren die voor de leeftijd van zestien of zeventien jaar zijn begonnen met cannabisgebruik.

De **afname van motivatie en prestaties** die men soms bij zware cannabisgebruikers vaststelt, is een complex psychosociaal fenomeen, dat echter niet rechtstreeks als een cannabiseffect mag omschreven worden. Er kan bijvoorbeeld een link zijn met een onderliggende depressie of het kan deel uitmaken van een ruimer psychologisch disfunctioneren.

Cannabis kan de **cognitieve functies**, waaronder het kortetermijngeheugen en de aandacht, tijdelijk verstoren. Er zou een subtiele en selectieve negatieve invloed zijn op hogere cognitieve functies.

Adolescenten zijn op het vlak van cognitief functioneren gevoeliger voor de negatieve invloed van cannabis. Er is geen enkele wetenschappelijke evidentie dat zwaar cannabisgebruik het geheugen, de aandacht en andere cognitieve functies blijvend zou aantasten, tenminste bij volwassen gebruikers. Als gevolg van zwaar en langdurig gebruik kan het geheugen wel langer aangetast zijn dan de periode van intoxicatie. Of de negatieve invloed op het cognitieve functioneren van adolescenten blijvend van aard is, daarover bestaat nog geen uitsluitsel.

Cannabisgebruik kan de ontwikkeling van **psychotische stoornissen** versnellen bij mensen die hiervoor al een zekere (persoonlijke en/of familiale) kwetsbaarheid bezitten en het kan het verloop van een aanwezige psychotische stoornis verslechteren.

Regelmatig cannabisgebruik vergroot het risico op het ontstaan van psychotische symptomen en psychotische aandoeningen met ongeveer een factor twee, onafhankelijk van ander middelengebruik en van andere risicofactoren voor psychose; dit verband is dosisgerelateerd.

Men kan echter niet stellen dat cannabis bij iedereen een psychose kan veroorzaken. Het verband tussen cannabis en psychosen is zeer complex en heeft te maken met zowel genetische als omgevingsfactoren en met de interactie tussen deze factoren.

Wellicht zijn adolescenten – doordat hun hersenen nog niet volledig zijn ontwik-

keld – gevoeliger voor deze risico's, evenals mensen die een zekere genetische kwetsbaarheid bezitten voor psychosen.

Tussen problematisch cannabisgebruik en **depressie** en **suïcide** bestaat een (matig) verband maar het is nog steeds niet duidelijk wat de aard van dit verband juist is. Wellicht speelt genetische kwetsbaarheid hierin een rol. De link met suïcide kan verder ook worden verklaard door comorbiditeit (stemmings-, gedrags-, antisocialepersoonlijkheidsstoornissen en polydruggebruik), vooral tijdens de adolescentie.

Verder houdt **roken** van cannabis een ernstig gezondheidsrisico in voor de longen, dat waarschijnlijk toeneemt met de duur van de periode van gebruik. Daarnaast bestaat het risico dat de gebruiker een afhankelijkheid van tabak ontwikkelt door cannabis samen te roken met tabak.

De **toxiciteit** van de eigenlijke THC-molecule en andere cannabinoïden is verwaarloosbaar.
In vergelijking met andere genotmiddelen is het risico op **afhankelijkheid** van cannabis beperkt. Het risico wordt groter naarmate men grotere hoeveelheden consumeert, gedurende een langere tijd en vooral vaker. Jongeren, mannen, mensen die heel jong zijn beginnen gebruiken, actuele gebruikers van andere genotmiddelen (vooral tabak en alcohol) en mensen met een geschiedenis van gedragsstoornissen, gewelddadigheid en andere psychische problemen zijn hiervoor extra gevoelig.

2.6.2.1 *Morbiditeit*

Streel e.a. (2007) hebben onderzocht of er verschillen zijn in de mentale en fysieke gezondheid van regelmatige[43] cannabisgebruikers en een controlegroep van personen die regelmatig alcohol of een combinatie van alcohol en tabak gebruiken. De experimentele groep bestaat uit 59 regelmatige cannabisgebruikers, een controlegroep van 15 personen die regelmatig alcohol gebruiken en een controlegroep van 15 personen die regelmatig alcohol en tabak gebruiken. Geen van de respondenten voldoet aan de DSM-IV-criteria van misbruik of afhankelijkheid. Het onderzoek vindt plaats onder de vorm van een algemene gezondheidscontrole. De controlegroepen zijn op 1 moment onderzocht. De cannabisgebruikers zijn op 2 momenten onderzocht met een interval van 4 maanden ertussen. Naast een bloed- en een urineonderzoek worden in het onderzoek verschillende screeningsinstrumenten en vragenlijsten gebruikt. Het onderzoek heeft geen verschillen tussen de 3 groepen gevonden op het vlak van depressie, aantal levensgebeurtenissen, slaapkwaliteit, angst, psychopathologische symptomen, visuele en auditieve reactietijden, anomalieën in het bloed (behalve voor snelheid van sedimentatie en de nierfunctie waar de groep alcoholgebruikers hoger op scoort).
Het onderzoek heeft wel verschillen vastgesteld tussen de 3 groepen op het vlak

43 Met regelmatig gebruik wordt bedoeld minstens 2 keer per week gebruiken.

van coping gericht op het probleem (probleem oplossen, sociale steun zoeken) en op persoonlijkheid meerbepaald het karakter zoals gemeten met de 'Temperament and Character Inventory' (TCI)[44] (de cannabisgroep scoort hoger op de zelftranscendent[45] dimensie van deze schaal).
Tussen de eerste en tweede meting van de gezondheid van de cannabisgebruikers is een verbetering merkbaar op het vlak van depressie, psychopathologische symptomen, angst, auditieve reactietijd en anomalieën in het bloed (met name proteïneniveau).

Er zijn verder geen gegevens beschikbaar over het aantal personen die lichamelijke of psychische aandoeningen ondervinden als gevolg van cannabisgebruik. In de minimale klinische gegevens en de minimale psychiatrische gegevens wordt wel opgetekend hoeveel personen in ziekenhuizen opgenomen worden voor misbruik of afhankelijkheid van cannabis (zie hoofdstuk 7.6).

2.6.2.2 *Sterfte door cannabisgebruik*

Om de **druggerelateerde sterfte** te berekenen stelt het EMCDDA een 'strikte definitie' voorop ('selectie B') (zie bijlage) (EMCDDA, 2002). Dit wil zeggen dat er enkel wordt gekeken naar overlijdens die rechtstreeks zijn toegeschreven aan (= onderliggende doodsoorzaak) psychische stoornissen, gedragsstoornissen en intoxicaties door het gebruik van illegale drugs (opiaten[46], cannabis, cocaïne, stimulantia[47], hallucinogenen of meervoudig druggebruik).
Op basis van de overlijdensstatistieken kan voor België en Vlaanderen berekend worden hoeveel sterfgevallen er zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan als rechtstreeks gevolg van het gebruik van illegale middelen.
Overlijden van druggebruikers kan ook veroorzaakt worden door oorzaken die samenhangen met het druggebruik (bv. injecteren) (Van Laar e.a., 2008). Dit wordt ook wel de indirecte druggerelateerde sterfte genoemd. Daarnaast speelt ook de leeftijdsafhankelijke basissterfte onder druggebruikers. Dit wil zeggen overlijdens die niets te maken hebben met het druggebruik. Over de indirecte druggerelateerde sterfte en de basissterfte onder druggebruikers zijn voor België en Vlaanderen geen data beschikbaar. De sterftecijfers die deze paragraaf opsomt zijn dan ook een onderschatting van de totale sterfte onder druggebruikers.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) analyseert de druggere-

---

44 De 'Temperament and Character Inventory' meet 7 dimensies van de persoonlijkheid namelijk 4 temperamentdimensies, prikkelzoekend (novelty seeking), leedvermijdend (harm avoidance), sociaalgericht (reward dependence), volhardend (persistence) en 3 karakterdimensies namelijk zelfsturend (self-directedness), coöperatief (cooperativeness) en zelftranscendent (self-transcendence) (Maesschalck & Vertommen, 2001). Zelftranscendentie wordt gemeten via het item 'ik ben gefascineerd door de vele dingen in het leven die niet wetenschappelijk verklaard kunnen worden'. Een hoge score op deze schaal geeft aan dat men ervan overtuigd is dat aardse ervaringen overstegen worden door buitenzintuiglijke of bovenzinnelijke kennis en dat spiritualiteit helpt om de ware doeleinden van het leven te begrijpen.

45 Deze dimensie doelt bijvoorbeeld op intuïtief, pienter of trouw zijn.

46 Inclusief methadon, morfine, ...

47 Inclusief cafeïne, ...

lateerde overlijdens in **Vlaanderen en Brussel** voor de periode **1998-2004** op basis van het algemeen mortaliteitsregister (Jossels e.a., 2007). Druggerelateerde overlijdens worden uit dit bestand geselecteerd op basis van de 'strikte definitie' van het EMCDDA. Tussen 1998 en 2004 worden in Vlaanderen en Brussel in totaal 467 druggerelateerde doden genoteerd, 384 mannen (82%) en 83 vrouwen. Van de 467 druggerelateerde doden is in 55% van de gevallen de substantie bekend waaraan de persoon is overleden. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%) (tabel 3 in bijlage). Cannabis kan dan een van de gebruikte middelen zijn. In 0,4% van de gevallen is cannabisgebruik de doodsoorzaak.

Vlaanderen publiceert ieder jaar statistieken van de doodsoorzaken die per onderliggende doodsoorzaak zijn weergegeven naar sekse en leeftijd (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b). De laatst verschenen overlijdensstatistieken zijn deze van 2006. Uitgaande van de 'strikte definitie' van het EMCDDA kunnen daaruit het aantal druggerelateerde overlijdens in Vlaanderen berekend worden voor de periode **1998-2006**.
In het Vlaams gewest zijn in de periode 1998-2006 374 personen, 296 mannen en 78 vrouwen, overleden als gevolg van het gebruik van illegale drugs (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b; Vlaamse Overheid, 2004a-b) (tabel 4 in bijlage). Directe sterfte door cannabisgebruik komt in Vlaanderen in deze periode 1 keer voor bij een vrouw in 2002.

Tussen problematisch druggebruik en **suïciderisico** is er een verband (Rosiers, 2007). De relatie met suïcide is het vaakst en meest eenduidig aangetoond voor cannabis, cocaïne en opiaten. Longitudinaal internationaal onderzoek bij jongeren en jongvolwassenen toont het verband aan tussen de gebruiksfrequentie van cannabis en suïcidale gedachten. Dit verband is sterker bij adolescenten dan bij jongvolwassenen. Bij vrouwen verhoogt een jonge beginleeftijd van cannabisgebruik de kans op suïcidale gedachten en suïcidepogingen. Voor mannen is er een negatief verband te vinden tussen enerzijds gebruik en afhankelijkheid van cannabis en anderzijds het aantal ondernomen suïcidepogingen: hoe meer er sprake is van cannabisgebruik of -afhankelijkheid, hoe minder suïcidepogingen. Ander onderzoek wijst op het risicoverhogend aspect van problematisch cannabisgebruik op suïcide.
Er zijn voor België geen data over het gebruik van cannabis bij suïcide.

2.6.3 Invloed van cannabisgebruik op werk, school en relaties

Over de invloed van cannabisgebruik op het werk, op school of op relaties geeft het onderzoek 'cannabisgebruik in Vlaanderen' meer inzicht. Decorte e.a. (2003) vragen in de interviews aan 148 professioneel actieve ervaren cannabisgebruikers hoeveel keer ze de laatste 3 maand op het **werk** cannabis gebruiken. Driekwart doet dat niet. Een vierde doet dat wel en 8% daarvan heeft dit tijdens de laatste 3 maanden meer dan 10 keer gedaan. De cannabisgebruikers kunnen ook aangeven of cannabis ooit de kwaliteit van hun werk, de kwantiteit van hun

werk en de verhouding met de collega's of de baas heeft beïnvloed. Cannabisgebruik heeft volgens de gebruikers vooral invloed op de kwaliteit van het werk. Voor 4 op 10 gebruikers verbetert de kwaliteit van het werk soms, maar andere keren verslecht de kwaliteit van het werk. 19% zegt dat de kwaliteit van het werk door cannabisgebruik verslecht, 4% ziet alleen maar een verbetering. De meeste gebruikers zijn van mening dat cannabisgebruik geen impact heeft op de kwantiteit van hun werk en de verhouding met de collega's of de baas.
Op de vraag of ze naar aanleiding van hun cannabisgebruik al problemen op het werk hebben ondervonden, antwoorden de meeste cannabisgebruikers negatief. 5% van de ervaren cannabisgebruikers heeft wel ooit al dan niet ernstige problemen op het werk als gevolg van hun cannabisgebruik gehad.

Een verslechtering van het kortetermijngeheugen en andere mentale functies kan leiden tot slechtere **school**prestaties vlak na het gebruik van cannabis (Kinable, 2008). Bij regelmatige cannabisgebruikers hangen slechte schoolresultaten vaak samen met andere gedragsproblemen. 1 op 3 ervaren cannabisgebruikers heeft ooit lichte tot ernstige problemen op school ervaren als gevolg van hun cannabisgebruik (Decorte e.a., 2003). Meestal gaat het dan om betrapt of gesanctioneerd worden.

Voor ruim de helft van de ervaren cannabisgebruikers die geïnterviewd zijn door Decorte e.a. (2003) heeft cannabisgebruik geen invloed op de verhouding met de partner en op de seksuele **relatie**. Voor een kwart is de seksuele relatie door cannabisgebruik verbeterd.
4 op 10 gebruikers hebben ooit naar aanleiding van cannabisgebruik minder ernstige tot ernstige problemen ervaren in de persoonlijke relaties met familie. Voor 6% is cannabisgebruik de aanleiding geweest voor een scheiding of relatiebreuk.

2.6.4 Rijden onder invloed van cannabis

Cannabisgebruik heeft een schadelijke invloed op de rijcapaciteiten omdat het cognitieve en psychomotorische processen schaadt die noodzakelijk zijn om te rijden (Raes e.a., 2008). De meeste van deze effecten nemen toe met toenemende dosis. THC vermindert de mentale functies die nodig zijn voor het besturen van een wagen: de reactietijd vertraagt, de waarneming verslecht, de aandacht neemt af (wordt selectief of verdeeld), de motoriek verslecht evenals het vermogen om snelheden (nauwkeurig) in te schatten (Kinable, 2008). De verstorende effecten concentreren zich in de eerste 2 uur na gebruik maar kunnen meer dan 5 uur aanhouden (Maes e.a., 1999). Alcohol versterkt de negatieve invloed van cannabis wanneer beide producten gecombineerd worden gebruikt (Kinable, 2008).
Chronisch cannabisgebruik leidt tot gebreken in de prestaties (geheugen, aandacht, informatieverwerking, visuele waarneming en constructie, manuele handigheid en psychomotorische snelheid) die langer duren dan de intoxicatieperiode (Scheers e.a., 2006). Deze stoornissen kunnen verslechten met ieder jaar dat

cannabis wordt gebruikt en met de frequentie van gebruik (Raes e.a., 2008; Scheers e.a., 2006).

Door de wet van 16 maart 1999[48] is rijden onder invloed van illegale drugs in België strafbaar zodra een substantie[49] kan worden opgespoord in het bloed (Van Cauwenberghe, 2008). Daarvoor werd een nieuw artikel 37bis ingevoerd. Er kan een test opgelegd worden aan daders of slachtoffers van verkeersongevallen, aan bestuurders van een voertuig of personen die een bestuurder begeleiden met het oog op scholing en aan iedereen die op het punt staat een voertuig te besturen.
De controle bestaat uit drie fasen (vzw wegcode, 2007; Godart, 2005). In een eerste fase controleert de agent de betrokkene op uiterlijke kenmerken van recent druggebruik aan de hand van een testbatterij. Er wordt eerst gekeken of de bestuurder uiterlijke tekenen van druggebruik vertoont bv. uitgezette of vernauwde pupillen, bloeddoorlopen ogen, ... Vervolgens kunnen een viertal psycho-fysieke tests opgelegd worden[50]. Als de testbatterij positief is, dit wil zeggen als 2 of meer tekenen positief worden gescoord, dan wordt een urinetest uitgevoerd. Als de urinetest positief is, volgt een bloedafname en een bloedanalyse in een erkend laboratorium. Strafrechtelijke vervolging is enkel mogelijk op basis van de resultaten van deze bloedafname. Bij een positieve urinetest wordt het rijbewijs onmiddellijk voor 12 uur ingetrokken. Het rijverbod wordt telkens voor 6 uur hernieuwd indien een nieuwe urinetest opnieuw positief is.
Bij een wettige weigering van de testbatterij en/of de urinetest of bij onmogelijkheid om de test af te leggen (bv. bij verkeersongeval) wordt ook een bloedproef afgenomen op voorwaarde dat er uiterlijke kenmerken van druggebruik waargenomen zijn. De wettige weigering moet door een arts bevestigd worden. Een onwettige weigering wordt aanzien als zijnde positief en is bijgevolg strafbaar.

Tabel 10 bevat de mogelijke boetes en sancties die op rijden onder invloed van drugs kunnen volgen.

Na alcohol is cannabis in Europa het meest aangetroffen middel bij bestuurders die onder invloed rijden (EMCDDA, 2007; Raes e.a., 2008; Scheers e.a., 2006). Voor België zijn over de omvang van rijden onder invloed van drugs, waaronder cannabis, weinig gegevens voorhanden. Hoeveel bestuurders rijden onder invloed van illegale drugs kan nagegaan worden door middel van 'roadside surveys'. Bestuurders worden dan willekeurig gestopt en gecontroleerd voor rijden onder invloed. In België zijn er tot nu toe enkel 'roadside surveys' gebeurd voor

---

48 Wet tot wijziging van de wet betreffende de politie over het wegverkeer, gecoördineerd op 16 maart 1968 (B.S. 30 maart 1999).

49 Het gaat om volgende stoffen: THC, amfetamine, MDMA, MDEA, MBDB, morfine, cocaïne of benzoylecgonine.

50 'Finger to nose' (meermaals de wijsvinger naar het topje van de neus brengen), 'one leg stand' (30 seconden lang overeind blijven op één been, 'Romberg-test' (de ogen sluiten en aangeven wanneer er 30 seconden voorbij zijn), 'walk and turn' (rechtdoor stappen en rechtsomkeer maken op een rechte lijn die op de grond getekend is).

rijden onder invloed van alcohol[51].

Tabel 10 – Mogelijke sancties voor rijden onder invloed van drugs

	Tijdelijk rijverbod opgelegd door de politie bij een positieve urinetest	Intrekking van het rijbewijs[52]	Boete opgelegd door het parket[53]	Boete (uitgesproken door de rechter)	Gevangenisstraf (uitgesproken door de rechter)	Verval van het recht tot sturen (uitgesproken door de rechter)[54]
Positief bloedstaal Weigering test of bloedafname zonder wettige reden	Minimum 12 uur	Op bevel van de Procureur des Konings	Indien voorgesteld door de Procureur des Konings	– Van 1.100 tot 11.000 euro – Van 2.200 tot 27.500 euro indien recidive binnen de 3 jaar	Van 1 maand tot 2 jaar indien recidive binnen de 3 jaar	– Mogelijk – Verplicht (van 3 maanden tot 5 jaar of definitief) indien recidive binnen de 3 jaar

Bron: Godart, 2005

In hun onderzoek vragen Decorte e.a. (2003) aan ervaren cannabisgebruikers hoe vaak ze onder invloed van cannabis rijden. Een derde heeft dat nog nooit gedaan, 37% al meer dan 15 keer. Bij 17% blijft het bij 1-5 keer. Ruim de helft van de ervaren cannabisgebruikers heeft ooit onder invloed van cannabis en alcohol gereden, een kwart al meer dan 15 keer.

In het onderzoek over druggerelateerde criminaliteit onderzoeken De Ruyver e.a. (2008) de zelfgerapporteerde criminaliteit via interviews bij 204 druggebruikers en 127 justitiecliënten. 66% van de druggebruikers zegt al ooit onder invloed van illegale drugs te hebben gereden. 40% heeft dat het afgelopen jaar gedaan.

AANTAL (POSITIEVE) DRUGCONTROLES

Over het aantal controles op het rijden onder invloed van illegale drugs waaronder cannabis zijn de beschikbare gegevens versnipperd en onvolledig. Er zijn gegevens van de federale politie, van de federale wegpolitie en van de acties die gefinancierd worden door het verkeersveiligheidsfonds. Daarnaast kunnen de lokale politiezones met reguliere middelen controles uitvoeren. Van deze laatste acties zijn geen data voorhanden. De gegevens van de laboratoria die de bloed-

51 Op dit moment loopt er in het kader van de internationale studie DRUID wel een 'roadside survey' over rijden onder invloed van illegale drugs maar de resultaten daarvan zijn nog niet beschikbaar.

52 In principe wordt het rijbewijs onmiddellijk ingetrokken voor 2 weken.

53 Het parket kan ook een alternatieve maatregel voorstellen.

54 Het herstel in het recht tot sturen kan afhankelijk gemaakt worden van het slagen voor een medische en psychologische proef.

stalen analyseren worden niet gecentraliseerd waardoor er enkel fragmentaire onderzoeksgegevens beschikbaar zijn.

Uit de activiteitenverslagen van de federale politie blijkt dat de **federale wegpolitie** in 2003 307 testbatterijen drugs heeft afgenomen (tabel 11) (Federale politie, 2008b)[55]. In 2007 is dat aantal ruim verdubbeld tot 683.

Tabel 11 – Aantal afgenomen testbatterijen drugs in België door de federale wegpolitie, 2003-2007

	Aantal afgenomen testbatterijen drugs
2003	307
2004	525
2005	398
2006	599
2007	683
Totaal	**2.512**

Bron: Federale Politie, 2005, 2008d

In het kader van het **verkeersveiligheidsfonds** worden sinds 2004 verkeersveiligheidsacties gefinancierd ondermeer met betrekking tot preventie of bestrijding van rijden onder invloed van drugs (Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer, 2006)[56]. De lokale politiezones kunnen uiteraard met reguliere middelen meer verkeersveiligheidsacties ondernemen.
Uit gegevens van de federale overheidsdienst mobiliteit en vervoer blijkt dat in het kader van het verkeersveiligheidsfonds in 2006 in heel België 7.197 testbatterijen drugs werden afgenomen. Dit cijfer is bijgevolg een onderschatting van het aantal werkelijke acties. Er zijn 2.618 urinetesten en 1.653 bloedproeven afgenomen. Er zijn geen gegevens voorhanden over de uitslagen van de testen.
In 2007 werden 4.660 testbatterijen drugs afgenomen waarvan 41% (n = 1.903) positief waren (tabel 12) (Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer, 2009). Van de urinetesten is 70% positief en van de bloedtesten 91%.
Voor 2004 en 2005 zijn geen gegevens over het aantal testbatterijen, urinetesten en bloedproeven, beschikbaar. Voor deze jaren zijn enkel het aantal controleuren opgetekend.

55 Er is geen zicht op het aantal testbatterijen dat wordt uitgevoerd door de lokale politiezones. Deze informatie wordt immers niet automatisch doorgestuurd naar de bevoegde federale dienst. Er zijn geen gegevens beschikbaar voor 2003 omdat de federale politie pas in de tweede helft van 2002 gestart is met het systematisch verzamelen van deze gegevens. De federale politie houdt geen gegevens bij over het resultaat van deze testen.

56 Wet van 06 december 2005 betreffende de opmaak en financiering van actieplannen inzake verkeersveiligheid (B.S. 21.12.2005).

Tabel 12 – Aantal afgenomen testbatterijen drugs, urinetesten en bloedproeven in België in het kader van acties van de federale politie gefinancierd door het verkeersveiligheidsfonds, 2006 en 2007

	Aantal testbatterijen	Positief	Aantal urinetesten	Positief	Aantal bloedproeven	Positief
2006	7.197	onbekend	2.618	onbekend	1.653	onbekend
2007	4.660	1.903 (41%)	2.240	1.557 (70%)	1.015	925 (91%)

Bron: Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer, 2006, 2009

Er zijn in België op dit ogenblik 10 erkende **laboratoria**[57] die de bloedstalen van de politiecontroles op de aanwezigheid van psychoactieve stoffen analyseren. Deze data worden niet gecentraliseerd. In het kader van een onderzoek hebben Scheers e.a. (2006) bij 6[58] van de toen erkende laboratoria een enquête gehouden. In de periode 2000-2004 zijn 3.324 bloedstalen geanalyseerd (tabel 13). In 2003 en vooral in 2004 stijgt het aantal bloedanalyses. Scheers e.a. (2006) veronderstellen dat dit te wijten is aan een verhoogd aantal controles. In 2004 zijn 1.220 bloedstalen ontleed waarvan er 88% positief zijn.

Tabel 13 – Aantal ontlede bloedstalen en aantal positieve stalen in België, 2000-2004[59]

Aantal	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
Bloedstalen	302	563	475	764	1.220	3.324
Positieve bloedstalen	259	475	391	657	1.078	2.860
Vals positieven	43	88	84	107	142	464
Percentage	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**Totaal**
Bloedstalen	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Positieve bloedstalen	86%	84%	82%	86%	88%	86%
Vals positieven	14%	16%	18%	14%	12%	14%

Bron: Scheers e.a., 2006

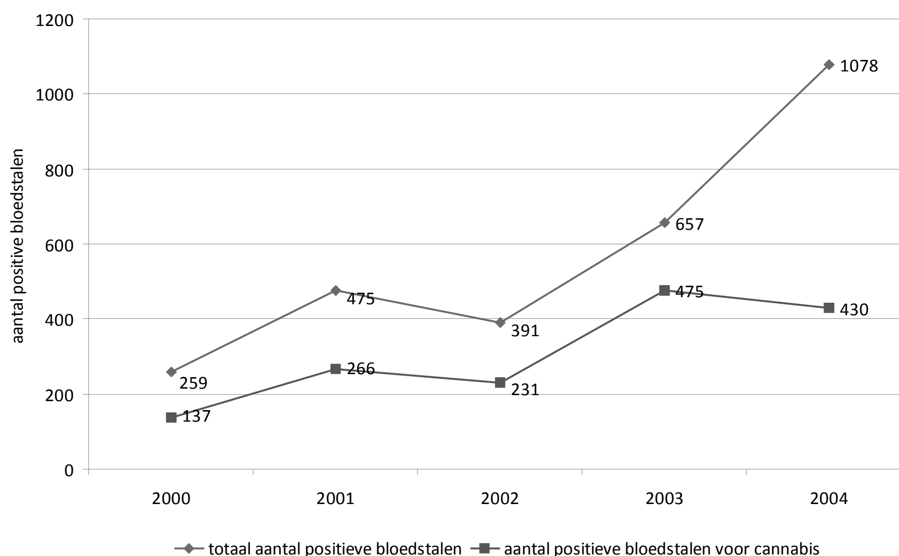
57 Toxicologisch Centrum UA, de Dienst Klinische Chemie van het Algemeen Ziekenhuis (AZ) VUB, Klinische biologie Universitair ziekenhuis (UZ) Gent, Stuivenberg ziekenhuis Antwerpen, het NICC, laboratoire d'expertises judiciare in Villers-la-Bouillet, Centre Hospitalier universitaire de Liège, Institut provincial d'hygiène et de bactériologie du Hainaut, Iliano uit Destelbergen en laboratoire de toxicologie des Cliniques Universitaires St. Luc van de Université Catholique de Louvain (UCL).

58 Vijf laboratoria vullen de enquête volledig in: Toxicologisch Centrum UA, de Dienst Klinische Chemie van het AZ VUB, Klinische biologie UZ Gent, Stuivenberg ziekenhuis Antwerpen en het NICC. Het laboratoire d'expertises judiciare (Villers-la-Bouillet) gaf enkel de analyseresultaten door.

59 Het verschil in het aantal geanalyseerde bloedstalen in het onderzoek van Scheers e.a. (2006) en het aantal uitgevoerde drugtesten door de federale politie is te wijten aan het feit dat de gegevens van de federale politie enkel de drugtesten uitgevoerd door de federale wegpolitie weergeven. De drugtesten uitgevoerd door de lokale politie zijn nog niet in dit cijfer opgenomen.

De meest voorkomende stof is THC (tabel 5 in bijlage) (Scheers e.a., 2006). THC wordt in ruim de helft van het totaal aantal gecontroleerde bloedstalen aangetroffen. Tussen 2000 en 2003 is er een belangrijke stijging in de bloedstalen waarin THC wordt aangetroffen (grafiek 12). In 2004 is dat teruggelopen en is 40% van de bloedstalen positief voor THC.

Grafiek 12 – Evolutie van aantal positieve bloedstalen voor rijden onder invloed van cannabis in België, 2000-2004



Bron: Scheers e.a., 2006

Raes en Verstraete (2005) hebben voor de periode 2000-2005 450 bloedstalen geanalyseerd die zijn afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs. De stalen zijn afkomstig van 5 politierechtbanken. Er is ook een cannabis invloed factor (CIF) berekend. Bestuurders waarvan de CIF groter is dan 10 zijn niet geschikt om te rijden. De eerste drie jaren zijn er weinig bloedstalen zodat de gegevens voor 2000-2002 zijn samengeteld. In 402 bloedstalen zijn drugs boven de grenswaarden aangetroffen. THC is het meest aangetroffen. 296 bestuurders zijn positief voor THC (74%). Dit wil zeggen dat het THC gehalte groter is dan 2ng/ml. Slechts bij 1 persoon is de CIF kleiner dan 10. Tussen 2000 en 2005 zien de onderzoekers het THC gehalte in de bloedstalen significant toenemen. Een verklaring zou volgens de auteurs kunnen zijn dat de politie meer bestuurders selecteert die meer gebreken vertonen. Het kan ook wijzen op een gewijzigd gebruikspatroon waarbij cannabis vlak voor of tijdens het rijden gebruikt wordt.

PROCESSEN-VERBAAL VOOR RIJDEN ONDER INVLOED VAN DRUGS

Tussen 2000 en 2004 zijn er in totaal 3.810 processen-verbaal opgesteld op basis van artikel 37 bis van de wet betreffende de politie en het wegverkeer (Scheers e.a., 2006). 52 zaken zijn zonder gevolg geklasseerd, 64 zaken zijn afgehandeld met een minnelijke schikking en 7 zijn doorverwezen naar bemiddeling in strafzaken. 1.103 keer is het rijbewijs onmiddellijk ingetrokken (29%).
Op het niveau van de rechtbank zijn volgende uitspraken gedaan: 3.068 keer een geldboete, 3.012 verval van het recht tot sturen, 110 keer vrijspraak, 83 keer een werkstraf en 46 keer een gevangenisstraf.
In de gerechtelijke afhandeling wordt geen rekening gehouden met de aard van het product.

2.6.5 Verkeers- en andere ongevallen onder invloed van cannabis

VERKEERSONGEVALLEN

Chauffeurs onder invloed van cannabis lopen dubbel zoveel risico om een verkeersongeval te veroorzaken als nuchtere chauffeurs; cannabis combineren met alcohol maakt het risico vijftien keer groter (Kinable, 2008).

In studies die de aanwezigheid van alcohol en/of drugs nagaan bij bestuurders die na een ongeval gekwetst raken is cannabis de meest voorkomende illegale drug (Scheers e.a., 2006). Ook bij bestuurders die na een ongeval overleden is cannabis de meest gedetecteerde drug.

De meeste cannabisgebruikers die deelnemen aan het onderzoek **'cannabis in Vlaanderen'** hebben nog geen ongeval gehad onder invloed van cannabis (Decorte e.a., 2003). 3% heeft onder invloed van cannabis 1 ongeval gehad, 2% heeft 2 of meer ongevallen veroorzaakt.
10% van de steekproef ervaren cannabisgebruikers heeft wel al een verkeersongeval gehad onder invloed van cannabis en alcohol. Voor 5% zijn zo al 2 of meer verkeersongevallen gebeurd.

De **Belgian Toxicology and Trauma Study** is de enige studie over de prevalentie van druggebruik bij verkeersongevallen en dateert al van 1995-1996 (Meulemans e.a., 1996). De onderzoekspopulatie bestaat uit bestuurders van motorvoertuigen of fietsen die ouder zijn dan 14 jaar en die na een ongeval op de openbare weg rechtstreeks in de geselecteerde spoedgevallendiensten voor minstens één dag zijn opgenomen of er overleden. In eerste instantie is een aantal ziekenhuizen geselecteerd[60]. Per ziekenhuis zijn alle patiënten die aan bovenstaande kenmerken voldoen in de steekproef opgenomen. Van elke patiënt is een bloed- en urinestaal afgenomen met het oog op alcoholbepaling en toxico-

[60] De meewerkende ziekenhuizen zijn het universitair ziekenhuis V.U.B., het universitair ziekenhuis Gent, het universitair ziekenhuis K.U.Leuven, le Centre Hospitalier Régional de Namur, le Centre Hospitalier Universitaire Sart-Tilman de Liège en le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège.

logisch onderzoek. De analyse en de wetenschappelijke verwerking ervan is anoniem gebeurd.
Via een 'face-to-face'-enquête zijn gegevens van de patiënt verkregen over sekse, leeftijd, fysiologische toestand na het ongeval, type voertuig, rijbewijs, rijervaring, slaapgedrag van de bestuurder, aangewende beschermingsmiddelen, gegevens met betrekking tot het ongeval (tussen welke voertuigen, aantal passagiers, weersomstandigheden), sociaal profiel (burgerlijke staat, kinderen, beroep, onderwijsniveau), medische voorgeschiedenis, tabaksgebruik, alcoholgebruik, geneesmiddelengebruik, druggebruik en informatie over de opgelopen letsels. De operationele fase heeft plaatsgevonden van 15 januari 1995 tot 15 juni 1996, elke dag van de week en 24 uur op 24 uur. Van 2.053 patiënten zijn de gegevens geanalyseerd. Het gaat om 1.514 mannen (74%) en 539 vrouwen (26%).
Uit de bloed- en urineanalyses blijkt dat bij 391 patiënten (19%) drugs en geneesmiddelen zijn aangetroffen (tabel 6 in bijlage). Bij 107 van deze personen (27%) is eveneens een bloedalcoholgehalte van minstens 0,5 pro mille vastgesteld. Dit komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij 6% van de slachtoffers van een verkeersongeval is cannabis aangetroffen. Cannabis wordt vooral aangetroffen bij personen van 18-24 jaar en bij minderjarigen (tabel 7 in bijlage).

Op basis van een analyse van de vervolgingsstatistiek vinden Scheers e.a. (2006) dat in 2000-2004 123 **processen-verbaal** zijn opgemaakt op basis van artikel 37bis naar aanleiding van een ongeval met gekwetsten en 24 naar aanleiding van een dodelijk ongeval. In 48 bloedstalen is THC aangetroffen, 37 bij letselongevallen en 11 bij dodelijke ongevallen.

ANDERE ONGEVALLEN

Het Belgisch netwerk van huisartsenpeilpraktijken, representatief voor de Belgische huisartsen, is in 1984, 1995-1996 en in 2002 gebruikt om ongevallen te registreren. In 1984 en in 1995-1996 zijn enkel ongevallen in de privésfeer geregistreerd maar in 2002 is het onderzoek uitgebreid tot alle ongevallen (werk, sport, verkeer, thuis, school). De peilartsen dienen op het registratieformulier eveneens aan te geven of er sprake is van middelengebruik. Bij de registratie van 1995-1996 staat gebruik van alcohol en drugs in 1 antwoordcategorie waardoor het aantal ongevallen onder invloed van drugs niet apart kan nagegaan worden (Devroey e.a., 2001).

In de registratie van 2002 kan gebruik van alcohol of drugs wel apart aangeduid worden op het registratieformulier (Devroey & Van Casteren, 2005). De 174 peilpraktijken die in 2002 deelnemen, registreren 6.938 ongevallen (3.813 bij mannen en 3.125 bij vrouwen) Het gaat om 48% ongevallen in de privésfeer, 16% ongevallen op het werk of tijdens het sporten, 12% verkeersongevallen en 8% ongevallen op school. Bij de school-, sport- en werkongevallen is in respectievelijk 1%, 3% en 6% van de gevallen middelenmisbruik vastgesteld door de huisarts (tabel 14). Bij verkeersongevallen of ongevallen in de privésfeer komt middelenmisbruik meer voor (respectievelijk 15% en 21%). Gebruik van drugs

komt in vergelijking met gebruik van alcohol of medicatie zeer weinig voor. Er kan geen onderscheid gemaakt worden naar type drug.

Tabel 14 – Percentage middelenmisbruik per type ongeval waarvoor de huisarts geraadpleegd wordt, 2002 (%)

	Sport	Werk	Verkeer	Privésfeer	School
Drugs	0,5	0,1	0,4	0,3	0,0
Psychoactieve medicatie	0,9	1,6	5,5	9,1	0,6
Chronisch alcoholgebruik	0,5	2,6	2,7	4,4	0,2
Acuut alcoholgebruik	0,6	0,9	5,6	4,9	0,2
Andere middelen	0,7	0,4	1,3	2,2	0,0
Geen middelen	96,9	94,4	84,6	79,1	99,0
Totaal middelenmisbruik	**3,1**	**5,6**	**15,4**	**20,9**	**1,0**

Bron: Devroey & Van Casteren, 2005

2.6.6 Cannabisgerelateerde criminaliteit

Het EMCDDA verstaat onder druggerelateerde criminaliteit vier soorten criminaliteit (Carpentier, 2007). Ten eerste psychofarmacologische criminaliteit, namelijk strafbare feiten die begaan zijn onder invloed van een psychoactieve stof (bv. geweldsdelicten). Ten tweede economisch-dwangmatige criminaliteit. Dat zijn strafbare feiten gepleegd om geld (of drugs) te bemachtigen om het gebruik voort te kunnen zetten (bv. diefstal, inbraak, dealen, prostitutie ...). Ten derde is er systemische criminaliteit namelijk strafbare feiten die samenhangen met het functioneren van de illegale drugshandel (bv. geweldsdelicten binnen de drughandel). Tenslotte zijn er de overtredingen van de drugwetgeving (bv. gebruik, bezit, teelt, productie, import en handel in drugs, maar ook witwassen of rijden onder invloed).

In België zijn hoofdzakelijk cijfers beschikbaar over de overtredingen van de drugwetgeving. De politiestatistiek geeft een overzicht van de geregistreerde drugfeiten. Bij de parketten vindt een jaarlijkse registratie van druggebruikers plaats die een zicht geeft op het aantal cannabisgebruikers. Andere gegevens in verband met de gerechtelijke afhandeling maken geen onderscheid naar het middel (bv. parketstatistiek, veroordelingsstatistiek, statistiek van de jeugdparketten, ...).

Bij dit soort cijfers past het nodige voorbehoud. Criminaliteitscijfers geven immers maar ten dele de criminele werkelijkheid weer (Federale Politie, 2007). De cijfers worden beïnvloed door veranderingen in nomenclatuur over verschillende jaren, veranderingen in federaal en lokaal veiligheidsbeleid, nieuwe procedures, de meldingsbereidheid van de bevolking, de registratiebereidheid van politiediensten, het beleid van andere instanties (bv. verzekeringsmaatschappijen),

enzovoort. Dalingen of stijgingen in de cijfers wijzen bijgevolg niet altijd op een daling of stijging in de criminaliteit.

Over de andere vormen van druggerelateerde criminaliteit geeft het onderzoek van De Ruyver e.a. (2008), over de definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit, een beeld. Voor dit onderzoek zijn politionele dossiers uit 2004 en 2005 bestudeerd en is een zelfrapportagevragenlijst afgenomen bij druggebruikers en justitiecliënten.

2.6.6.1 *Misdrijven in verband met cannabis geverbaliseerd door de politiediensten*

OVERTREDINGEN VAN DE DRUGWETGEVING

De federale politie beschikt over cijfergegevens van de geregistreerde feiten[61] vastgesteld door de politiediensten op het Belgisch grondgebied. De gegevens zijn afkomstig uit de Algemene Nationale Gegevensbank (ANG) die dagelijks gevoed wordt door de politiediensten. Voor de periode 2004-2007 zijn gegevens beschikbaar van de drugdelicten en is het tevens mogelijk na te gaan welk specifiek product het delict betreft.

Tabel 15 – Aantal door de politiediensten geregistreerde feiten in verband met cannabis, 2004-2007

België	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Bezit	11.923	11.471	12.471	14.765
Gebruik	4.039	3.733	3.017	2.945
Fabricatie	416	371	422	495
Handel	2.762	2.840	2.582	2.455
In- en uitvoer	4.280	5.054	5.478	5.524
Totaal	**23.420**	**23.469**	**23.970**	**26.184**
Totaal feiten illegale drugs	*35.257*	*35.718*	*36.455*	*39.073*
Vlaams Gewest	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Bezit	6.288	6.908	7.122	7.828
Gebruik	2.613	2.421	2.106	1.946
Fabricatie	252	251	300	345
Handel	1.551	1.634	1.509	1.471
In- en uitvoer	2.415	3.014	3.315	4.022
Totaal	**13.119**	**14.228**	**14.352**	**15.612**
Totaal feiten illegale drugs	*20.802*	*22.244*	*22.638*	*24.146*

Bron: Federale politie, 2008a

[61] Het aantal geregistreerde feiten is groter dan het aantal processen verbaal want een proces verbaal kan op verschillende feiten betrekking hebben.

De politie registreert het meest misdrijven in verband met cannabis. In 2007 heeft in Vlaanderen 65% van het totaal aantal geregistreerde misdrijven te maken met cannabis. Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met cannabis is tussen 2004 en 2007 in België met 12% en in Vlaanderen met 19% toegenomen (tabel 15). Zowel voor heel België als voor het Vlaams Gewest is er vooral een toename in de geregistreerde feiten voor in- en uitvoer van cannabis merkbaar.
Het grootste deel van de geregistreerde feiten in verband met cannabis gaan over cannabisbezit. Feiten in verband met in- en uitvoer komen op de tweede plaats.

ANDERE DRUGGERELATEERDE CRIMINALITEIT

In het onderzoek van De Ruyver e.a. (2008) dat de druggerelateerde criminaliteit in België in kaart brengt zijn 1.089 politionele dossiers uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties geanalyseerd inzake eigendomsdelicten, geweldsdelicten, seksuele delicten en inbreuken op de drugwetgeving. Voor elk van deze delicten is bekeken welk percentage druggerelateerd is. In totaal is 14% van de geanalyseerde dossiers druggerelateerd (n = 148). Psychofarmacologische en verwervingscriminaliteit komt het meest voor. Cannabis komt als middel het meest voor in de bestudeerde dossiers (30%) van de verdachten[62] (tabel 8 in bijlage). Ook de combinatie van cannabis en heroïne komt vaak voor (10%).

20% van de dossiers inzake eigendomsdelicten, 7% van de dossiers in verband met geweldsdelicten en 14% van de seksuele delicten zijn druggerelateerd (De Ruyver e.a., 2008). Uit de studie blijkt verder dat het type middel gerelateerd is aan het delicttype. Heroïne en cannabis worden het vaakst genoemd in dossiers inzake eigendomsdelicten (tabel 9 in bijlage). Ook bij de druggerelateerde geweldsdossiers worden heroïne en cannabis het vaakst genoemd. Bij de dossiers van de seksuele delicten is in de meeste gevallen sprake van cannabis.

In 29% van de eigendomsdossiers is er sprake van gebruik van meerdere middelen door de verdachte. Voor de geweldsdossiers is dat in 45% van de dossiers het geval (De Ruyver e.a., 2008). In seksuele dossiers komt gebruik van meerdere middelen door de verdachten minder voor, namelijk in 24% van de dossiers.
De leeftijd van verdachten in druggerelateerde dossiers is gemiddeld lager dan de leeftijd van verdachten in niet-druggerelateerde dossiers. Eigendomsdelicten gepleegd door mannen zijn vaker druggerelateerd dan eigendomsdelicten gepleegd door vrouwen. Bij de druggerelateerde gewelds- en seksuele dossiers is het aandeel vrouwen groter dan het aandeel mannen.

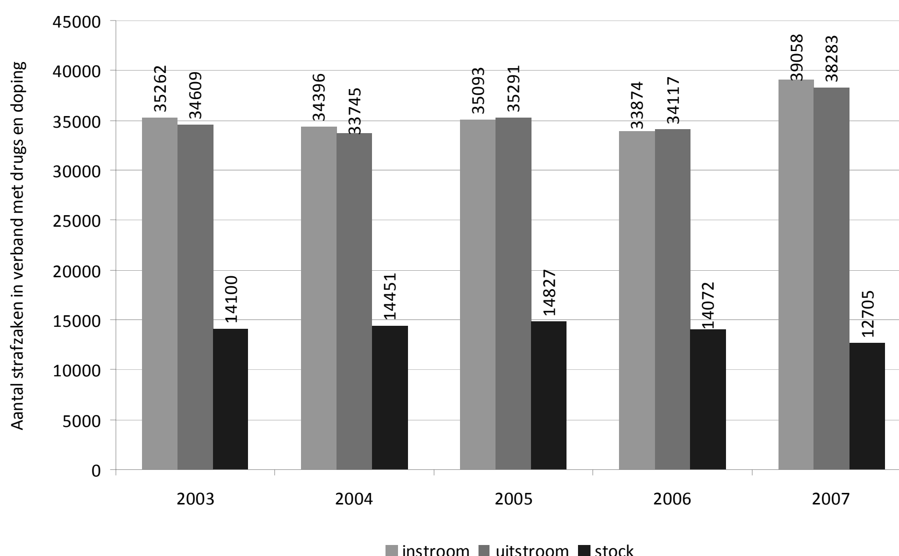
62 Het gaat enkel over de middelen die de verdachte gebruikt/bezit.

2.6.6.2 *Cannabisgebruikers geregistreerd door de parketten*

BEHANDELING VAN DE STRAFZAKEN DOOR DE PARKETTEN BIJ DE RECHTBANKEN VAN EERSTE AANLEG

Gegevens over de behandeling van de strafzaken door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg zijn niet gespecificeerd volgens middel. Er zijn wel gegevens van de globale categorie 'drugs en doping'.

Grafiek 13 – Evolutie van de instroom, uitstroom en stock van strafzaken in verband met drugs en doping door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg in België, 2003-2007



Bron: College van Procureurs-generaal statistisch analisten, 2008

De jaarstatistiek van het openbaar ministerie bevat informatie over de opsporing en de vervolging van strafzaken door de correctionele parketten[63] (College van Procureurs-generaal statistisch analisten, 2008). Voor de periode 2003-2007 is een vergelijkende studie gemaakt. Aan de basis van deze statistiek liggen de gegevens die sinds 2002 (jaar nul) door de parketten worden geregistreerd in het informaticasysteem voor de correctionele zaken (REA – rechtbanken eerste aanleg). De gegevens gaan over de ingestroomde zaken (instroom), de afgesloten zaken (uitstroom) en de hangende zaken (jaarlijkse stock). De instroom bestaat uit alle zaken die in de loop van een burgerlijk jaar bij de parketten binnenkomen. Het gaat zowel om nieuwe als om heropende zaken. De uitstroom be-

[63] Materies die tot de bevoegdheid behoren van de politierechtbank, de jeugdparketten en de arbeidsauditoraten zijn hier niet in opgenomen. Zaken behandeld door het federaal parket zijn evenmin in deze statistiek opgenomen.

staat uit alle zaken die in de loop van een burgerlijk jaar zijn afgesloten. De jaarlijkse stock is het resultaat van de interactie tussen de instroom en de uitstroom. De jaarstatistiek van het openbaar ministerie wordt ondermeer ingedeeld naargelang het type tenlastelegging. Strafzaken in verband met drugs en doping vallen onder de bijzondere wetgeving.
In de periode 2003-2007 is zowel de instroom (+11%) als de uitstroom (+11%) van strafzaken in verband met drugs en doping toegenomen. In 2007 komen bij de rechtbanken van eerste aanleg in België 39.058 strafzaken binnen in verband met drugs en doping (6% van de totale instroom). Er worden in 2007 38.283 strafzaken in verband met drugs en doping afgesloten (5% van de totale uitstroom).
De jaarlijkse stock van deze zaken stijgt tussen 2003 en 2005 maar neemt nadien af. In 2007 zijn er nog 12.705 hangende zaken in verband met drugs en doping (5% van de totale stock).

Registratie van druggebruikers die in contact komen met het parket

De Vakgroep Epidemiologie en Sociale geneeskunde van de Universiteit Antwerpen voert sinds 1990 samen met het Antwerpse parket een onderzoek uit naar geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel (Van Hal e.a., 2005). Het doel is informatie verzamelen over druggebruikers die in contact komen met justitie door het bestuderen van de gegevens van de parketten over de jaren heen. De registratie gebeurt jaarlijks gedurende 3 maanden van 10 september tot 10 december. Voor al de druggebruikers (geen dealers) die in deze periode in contact komen met de deelnemende parketten wordt een korte steekkaart ingevuld op basis van de gegevens uit het proces-verbaal. Deze gegevens worden bij het invullen volledig geanonimiseerd. De registratie gebeurt onmiddellijk nadat het proces-verbaal bij het parket aankomt. Met de registratiegegevens wil men het profiel schetsen van mensen die omwille van hun druggebruik in contact komen met justitie (sekse, leeftijd, woonplaats, nationaliteit). Daarnaast wil men weten of er vroeger reeds contact is geweest met justitie, welke middelen gebruikt worden (cannabis, XTC, amfetamines, heroïne, cocaïne, LSD en hallucinogenen, medicatie, methadon, andere opiaten, snuifmiddelen, andere en onbekende producten) en of er verbanden zijn tussen al deze aspecten. De registratie van het middel is gebaseerd op het in het proces-verbaal vermelde middel.
In 1990 is het onderzoek beperkt tot de registratie van de meerderjarige Antwerpse druggebruikers. De daaropvolgende jaren wordt het onderzoek uitgebreid naar de parketten van Vlaanderen en Brussel en zijn ook minderjarige geverbaliseerde gebruikers geregistreerd. In 2007 zijn gegevens beschikbaar van de parketten van Antwerpen, Dendermonde, Gent, Ieper, Kortrijk, Leuven, Mechelen, Oudenaarde, Tongeren, Turnhout, Veurne. Voor deze periode ontbreken de gegevens van het parket van Brugge, Brussel en Hasselt. Er zijn 2.681 bruikbare enquêteformulieren geregistreerd (tabel 16).

Tabel 16 – Verdeling van het aantal registraties van druggebruikers over de verschillende parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007

Parket	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005[64]	2006	2007
Antwerpen	958	810	605	610	363[a]	501[a]	365[a]	329[a]	188[a]	262[a]	509[a]
Brugge	217	119	331	332	–	–	–	446[a]	149	276	–
Brussel	1.315	1.077	1.002[a]	1.122[a]	337	423	305[a]	170[a]	–	–	–
Dendermonde	471	482[a]	379[a]	233	228[a]	333[a]	313	308	230	299	359
Gent	–	–	–	–	370	343	361	278[a]	373	320	192
Hasselt	297[a]	369	261[a]	–	–	–	–	–	–	–	–
Ieper	33	56	69	37	45	116	90	60	35	30	56
Kortrijk	137	191	221	207	176	202	245	329	300	252	316
Leuven	72[a]	92[a]	102[a]	98[a]	186[a]	146[a]	199	154	169	186	115
Mechelen	207	179	124	177	191	134	149	151	125	153	139
Oudenaarde	91	24	103[a]	125	108	124	371	292	311	169	296
Tongeren	182	221	319	429	409	464	237	347[a]	169	435	530
Turnhout	440	348	482	309	282	428	301	214	277	266	200
Veurne	41	51	83	46	54	94	48	58	103	109	69
Totaal aantal gebruikers	**4.461**	**4.019**	**4.081**	**3.725**	**2.749**	**3.308**	**2.984**	**3.136**	**2.638**	**2.757**	**2681**
Deelnemende parketten	**13**	**13**	**13**	**12**	**12**	**12**	**12**	**13**	**12**	**12**	**11**

[a] enkel de meerderjarigen werden geregistreerd.

Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009

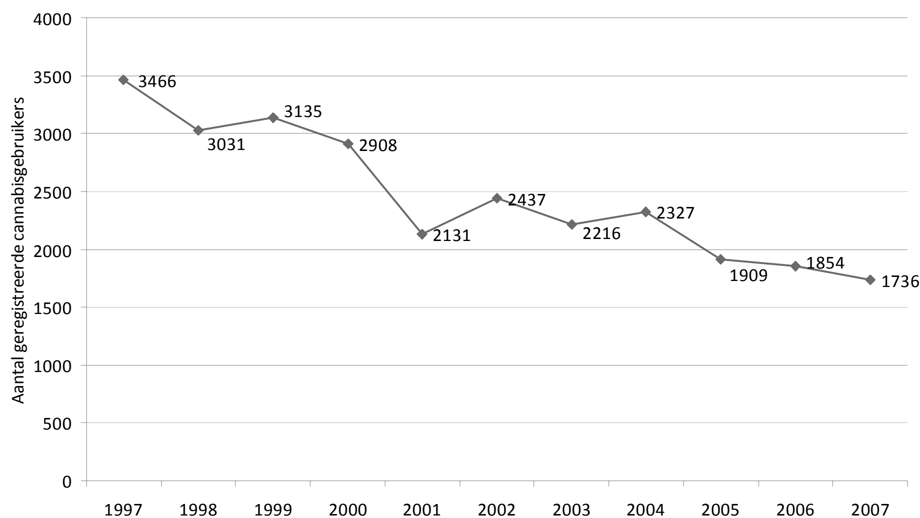
Over alle registratiejaren heen wordt cannabis het meest geregistreerd door de deelnemende parketten (tabel 10 in bijlage), met name bij 62% van de druggebruikers. Over de periode 1997-2007 is het aantal druggebruikers die cannabis gebruiken gehalveerd (grafiek 14). Daarbij moet wel opgemerkt worden dat ook het totale aantal geregistreerde druggebruikers bij de parketten tussen 1997 en 2007 is verminderd.

LEEFTIJD

In 2007 is de helft van de geregistreerde cannabisgebruikers bij de parketten tussen 21 en 29 jaar (53%) (grafiek 15). 6% is jonger dan 18 jaar en een vijfde is tussen 18 en 20 jaar. Bijna 19% is ouder dan 29 jaar.
In vergelijking met 1997 zijn er minder jonge cannabisgebruikers geregistreerd in 2007. In 1997 bedraagt het aandeel minderjarigen nog 13%. Ook het aandeel van de 18-20-jarige cannabisgebruikers is over de jaren heen afgenomen. Zowel de groep cannabisgebruikers van 25-29 jaar als de groep ouder dan 29 jaar wordt met de jaren groter.

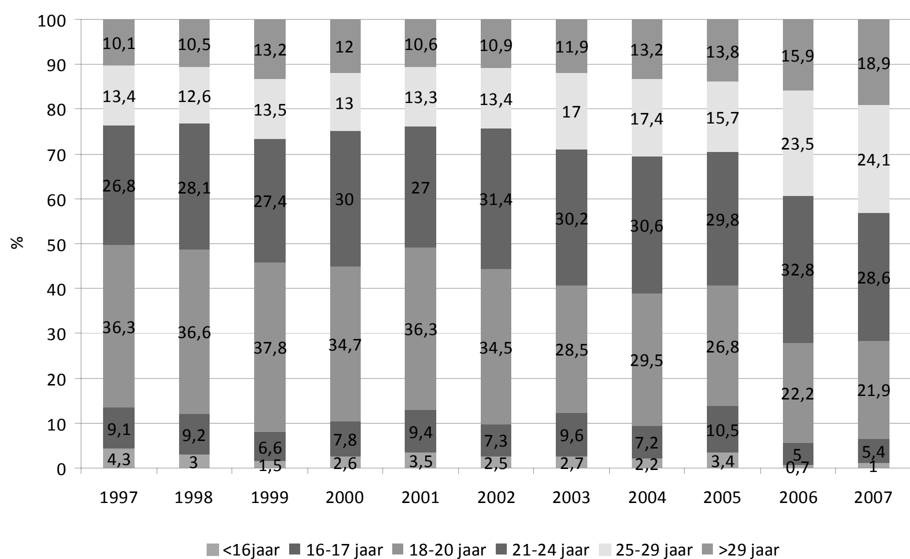
64 De daling in de gegevens van 2005 is te wijten aan de invoering van de nieuwe drugwet. Brussel is niet opgenomen omwille van technische redenen. Enkel in Antwerpen worden geen minderjarigen opgenomen in de registratie.

Grafiek 14 – Evolutie van het aantal cannabisgebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Van Hal e.a., 2005; Fraeyman & Van Hal, 2009

Grafiek 15 – Leeftijdsverdeling van cannabisgebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007

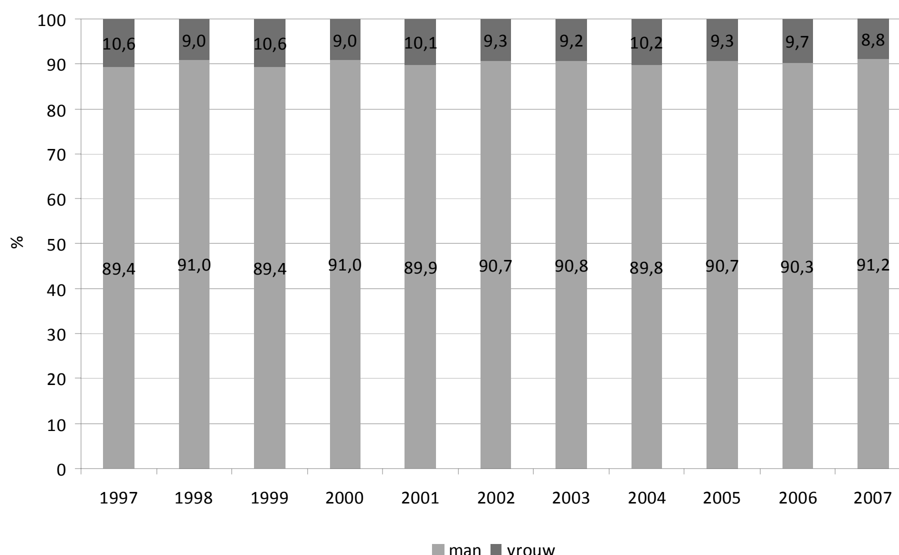


Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

SEKSE

9 op 10 van de geregistreerde cannabisgebruikers zijn mannen, 1 op 10 is vrouw (grafiek 16). Tussen 1997 en 2007 is het percentage geregistreerde vrouwen iets afgenomen.

Grafiek 16 – Sekseverdeling van cannabisgebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

2.6.6.3 *Instroom van drugsmisdrijven bij de jeugdparketten*

In het kader van het onderzoeksproject ‘productie en wetenschappelijke exploitatie van cijfergegevens aangaande jeugddelinquentie en jeugdbescherming’ heeft het departement criminologie van het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC) de instroom[65] aan protectionele zaken bij de jeugdparketten onderzocht en dit voor het jaar 2005 (Vanneste e.a., 2007). Protectionele zaken omvatten de als misdrijf omschreven feiten (MOF) en de problematische opvoedingssituaties (POS).

In 2005 zijn in totaal 82.305 zaken op de jeugdparketten aangemeld en geregistreerd[66]. 55% (45.722 zaken) heeft betrekking op een als misdrijf omschreven feit en in 45% van de zaken is sprake van een problematische opvoedingssituatie (37.193 zaken). In totaal zijn daar 66.342 minderjarigen bij betrokken.

65 Met instroom worden enkel de nieuw aangemelde zaken bedoeld.

66 Van de jeugdparketten van Aarlen, Eupen, Bergen en Neufchâteau zijn geen gegevens beschikbaar.

In 2005 zijn 5.177 misdrijven aangemeld in verband met bezit, gebruik en verkoop van verdovende middelen (tabel 17). Het gaat om 11% van het totaal aantal als misdrijf omschreven feiten. Het gaat vooral om het bezit en het gebruik van softdrugs (70%)[67].

Tabel 17 – Aangemelde als misdrijf omschreven feiten in verband met verdovende middelen bij de jeugdparketten in België, 2005

	Aantal zaken	%
Bezit harddrugs	750	14,5
Gebruik harddrugs	205	4,0
Verkoop harddrugs	121	2,3
Doping	7	0,1
Bezit softdrugs	1.591	30,7
Gebruik softdrugs	2.027	39,2
Verkoop softdrugs	476	9,2
Totaal	**5.177**	**100,0**

Bron: Vanneste e.a., 2007

Het meest aantal misdrijven in verband met verdovende middelen worden aangemeld bij de jeugdparketten van Brussel, Dendermonde en Antwerpen. In Oudenaarde worden in verhouding tot de andere misdrijven veel misdrijven in verband met verdovende middelen aangemeld.

De minderjarigen die zijn aangemeld voor een drugsmisdrijf zijn vooral jongens (83%) en in mindere mate meisjes (17%). De gemiddelde leeftijd van de aangemelde minderjarigen is het hoogst voor minderjarigen die aangemeld worden voor misdrijven in verband met verdovende middelen namelijk 15,9 jaar.

2.6.6.4 *Veroordelingen voor drugsmisdrijven*

Van de veroordelingen voor drugsmisdrijven zijn geen gegevens gespecificeerd volgens middel beschikbaar. De veroordelingsstatistiek van de FOD justitie geeft het aantal veroordelingen voor misdrijven in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen (FOD justitie, 2009). In 2006[68] zijn in België in totaal 5.552 veroordelingen opgetekend voor een misdrijf in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen (grafiek 17) (FOD justitie, 2009). Dat is 4% van het totaal aantal veroordelingen in 2006[69]. In de meeste gevallen betreft de veroordeling de handel in verdovende middelen (3.853 veroordelingen in 2006). De veroordeel-

67 Wat verstaan wordt onder softdrugs is niet nader omschreven. In het algemeen taalgebruik worden onder softdrugs cannabisproducten begrepen.

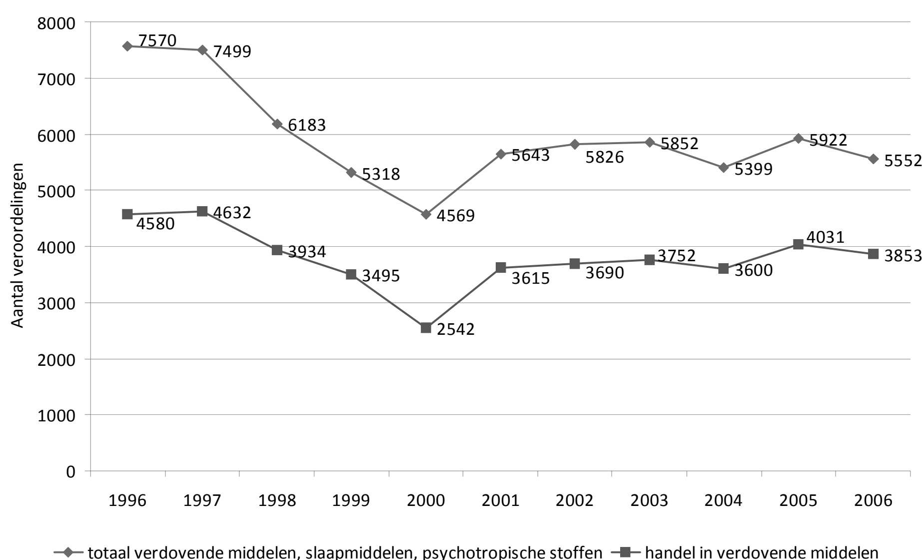
68 De laatst beschikbare volledige gegevens van de veroordelingen zijn op het moment van onze gegevensaanvraag deze van het jaar 2006.

69 In 2006 zijn er in totaal 153.804 veroordelingen.

den voor misdrijven in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen zijn in hoofdzaak mannen. In 2006 zijn 92% mannen en 8% vrouwen veroordeeld. Het aantal veroordelingen voor deze misdrijven neemt af met toenemende leeftijd. In 2006 betreft het grootste deel van de veroordelingen personen tussen 18 en 25 jaar (29%) en tussen 25 en 30 jaar (26%).

Tussen 1996 en 2006 is het aantal veroordelingen voor misdrijven in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen met 27% gedaald (grafiek 17). De daling in het aantal veroordelingen voor deze misdrijven is het sterkst tussen 1996 en 2000. Na 2000 is er tot 2005 een opwaartse tendens te merken maar tussen 2005 en 2006 daalt het aantal veroordelingen opnieuw. Het aantal veroordelingen voor handel in verdovende middelen is tussen 1996 en 2006 met 16% afgenomen.

Grafiek 17 – Evolutie van het aantal veroordelingen voor misdrijven in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen in België, 1996-2006



Bron: FOD justitie, 2009

2.6.6.5 *Alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers*

In de periode 2004-2006 is onderzoek gebeurd naar de effecten van alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers (De Ruyver e.a., 2007). In het Belgisch strafrechtelijk beleid worden alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers meer en meer toegepast om zo doorverwijzing naar de hulpverlening te voorzien.

Van de verschillende modaliteiten van alternatieve afhandeling zijn de effecten gemeten aan de hand van kwantitatieve gegevens over recidive en de vooruitgang op relevante levensdomeinen (werk, huisvesting, ...). Dit onderzoeksluik is aangevuld met kwalitatieve gegevens over de attitudes van verschillende betrokken actoren.
Alternatieve afhandeling wordt op alle niveaus van de strafrechtsbedeling toegepast. Op het niveau van opsporing en vervolging is er de bemiddeling in strafzaken en praetoriaanse probatie. Daarnaast bestaat ook de mogelijkheid tot een minnelijke schikking. Bemiddeling in strafzaken kan enkel nog bij misdrijven met een slachtoffer. Als alternatief voor voorlopige hechtenis kan de onderzoeksrechter opteren voor vrijlating onder voorwaarden. De strafrechter te gronde kan probatieopschorting en probatieuitstel verlenen. Binnen de strafuitvoering is er de mogelijkheid om druggebruikers voorlopig of voorwaardelijk in vrijheid te stellen. Er kan ook geopteerd worden voor elektronisch toezicht.
Voor de effectmeting zijn 565 gerechtelijke dossiers bestudeerd van personen aan wie een alternatieve maatregel of sanctie is opgelegd. Het gaat om dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart. De dossiers zijn afkomstig uit de gerechtelijke arrondissementen Gent, Leuven en Luik.
Ruim de helft van deze dossiers heeft betrekking op gebruik van cannabis (55%). Minnelijke schikking wordt het meest opgelegd aan jonge personen tussen 18 en 25 jaar vooral voor cannabisbezit.

2.6.6.6 *Zelfgerapporteerde criminaliteit*

In het onderzoek over druggerelateerde criminaliteit onderzoeken De Ruyver e.a. (2008) de zelfgerapporteerde criminaliteit via interviews bij 204 druggebruikers en 127 justitiecliënten.
24% van de bevraagde druggebruikers heeft het afgelopen jaar een geweldsdelict gepleegd. Gebruikers die het afgelopen jaar minstens een keer per week cannabis en een ander middel gebruiken plegen meer geweldsdelicten vergeleken met gebruikers die dat niet doen.
31% (n = 62) van de bevraagde druggebruikers hebben het afgelopen jaar gedeald. 41% heeft het afgelopen jaar tussen de 1 en 10 deals gepleegd, 25% 101 deals of meer. De 18-30-jarigen dealen het meest. Dealen gebeurt ook meer door mannen dan vrouwen. Bij gebruikers die het afgelopen jaar minstens een keer per week cannabis gebruiken komt dealen meer voor vergeleken met gebruikers die dat niet doen.

2.7 Aanbod van cannabis

2.7.1 Beschikbaarheid van cannabis

In de enquêtes bij scholieren (ESPAD-onderzoek en HBSC-studie) is gevraagd of jongeren gemakkelijk aan cannabis kunnen komen. Voor volwassenen weten

we dat niet. In het onderzoek van Decorte e.a. (2003) wordt gevraagd waar ervaren cannabisgebruikers hun cannabis halen. Over het grensoverschrijdend aankoopgedrag zijn voor de periode 2005-2006 gegevens terug te vinden in twee studies. In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de Euregio Scheldemond is grensoverschrijdend aankoopgedrag een van de bevraagde onderwerpen (Lombaert, 2005). Het 'Institute for International Research on Criminal Policy' (IRCP) van de universiteit Gent brengt het profiel van de coffeeshopbezoekers in de Nederlandse grensgemeente Terneuzen in kaart (Surmont, 2007).

2.7.1.1 *Hoe (gemakkelijk) komt men aan cannabis?*

Uit de **HBSC-studie** blijkt dat jongens gemakkelijker aan cannabis kunnen geraken dan meisjes (Hublet e.a., 2008). In 2006 zegt een derde van de jongens en een vijfde van de meisjes dat ze zonder problemen aan cannabis kunnen geraken. Vergeleken met 1996 liggen die percentages wat lager.
Voor de jongste leerlingen is het niet zo gemakkelijk om aan cannabis te geraken. In 2006 denkt 10% van de 12-14-jarigen dit zonder problemen te kunnen. 3 op 10 van de 15-16-jarigen en de helft van de 17-18-jarigen zegt zonder problemen aan cannabis te kunnen komen.
Over de jaren heen is er voor de oudste leerlingen niet veel verschil. De jongste leerlingen schatten de bereikbaarheid van cannabis in 2006 minder gemakkelijk in dan in 1996.
4 op 10 leerlingen uit het BSO en het TSO kunnen gemakkelijk aan cannabis geraken terwijl dit in het ASO maar voor een derde van de leerlingen geldt. Tussen 1996 en 2006 is de 'ingeschatte' toegankelijkheid van cannabis voor alle onderwijsvormen toegenomen.

Uit de **ESPAD-studie** die in Vlaanderen in 2007 bij 15-16-jarige leerlingen is uitgevoerd blijkt dat ruim 4 op 10 leerlingen zeggen dat ze heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan cannabis kunnen geraken (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). Iets meer jongens dan meisjes (48% versus 41%) achten cannabis heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk te verkrijgen. De resultaten van de ESPAD-studie in 2003 geven hogere waarden. In 2003 zegt ruim de helft van de leerlingen dat ze heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan cannabis kunnen geraken. Dit geldt voor 59% van de jongens en 48% van de meisjes.

De **ervaren cannabisgebruikers** die Decorte e.a. (2003) in hun onderzoek interviewen kopen hun cannabis vooral via vrienden. 22% koopt direct van een vriend die zelf dealt, 19% bij verschillende vrienden die een dealer kennen en 18% bij een goede vriend die een dealer kent. 24% koopt cannabis in een of meer coffeeshops. Slechts 3% kweekt zelf cannabis.

In een onderzoek naar middelengebruik bij scholieren uit de grensoverschrijdende Euregio Scheldemond is er in de vragenlijst aandacht voor **grensoverschrijdend aankoopgedrag** van sigaretten, alcohol, slaap- en kalmeringsmiddelen zonder voorschrift en illegale middelen (Lombaert, 2005). De vragenlijsten zijn

tussen 16 maart en 2 mei 2005 afgenomen bij 14- tot 18-jarige scholieren in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Zeeland.
8% van de Oost- en West-Vlaamse leerlingen is al ooit over de Belgisch-Nederlandse grens geweest om cannabis te kopen (tabel 18). Hoe ouder de leerlingen hoe vaker dit voorkomt: 6% van de leerlingen uit de derde graad is al 4 of meer keer over de Belgisch-Nederlandse grens geweest om cannabis te kopen.

Tabel 18 – Grensoverschrijdende aankoop van cannabis door de Oost- en West-Vlaamse middelbare scholieren, 2005 (gewogen %)

	Nooit	**1 keer**	**2 of 3 keer**	**Meerdere keren**
Tweede graad	94,2	1,6	1,5	2,7
Derde graad	89,7	3,2	1,5	5,6
Totaal	**920**	**2,4**	**1,5**	**4,1**

Bron: Lombaert, 2005

2.7.1.2 *Belgische coffeeshopbezoekers in Terneuzen*

De coffeeshops bij onze noorderburen trekken heel wat buitenlandse klanten aan. Terneuzen heeft 2 coffeeshops met een gedoogvergunning[70]. Dagelijks zakken ongeveer 3.000 bezoekers af naar de coffeeshops in Terneuzen. Met het onderzoek bij coffeeshopbezoekers in Terneuzen wil Surmont (2007) criminologische inzichten verwerven in het profiel van (internationale) coffeeshopbezoekers van de 2 gedoogde coffeeshops in Terneuzen. Daarnaast is het de bedoeling om verschillen tussen de nationaliteiten te analyseren. Het gaat om een eenmalig onderzoek uitgevoerd in de periode 2003 tot 2004. In dit onderzoek zijn vier onderzoekstechnieken gecombineerd voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen: een analyse van politiegegevens, een survey onder coffeeshopbezoekers, klantentellingen en (participatieve) observatie. Verder worden de resultaten van de politiedata en van de survey besproken. Voor de klantentelling is de halfuurtelling gebruikt: per half uur zijn de individuele klanten geteld voor de hele periode tussen openings- en sluitingstijd.

Uit de gegevens van de gerichte en niet-gerichte drugcontroles door de politie van Terneuzen tussen januari 2003 en oktober 2004 bij in totaal 1.175 personen blijkt dat 62% Belg is (n = 723) (Surmont, 2007). De meeste gecontroleerde personen met een Belgische nationaliteit zijn meerderjarig met een gemiddelde leeftijd van 24,6 jaar. De grootste groep is tussen 20 en 23 jaar (39%). 16% is tussen 18 en 19 jaar. 14% is 30 jaar of ouder. 2% (n = 16) is minderjarig.
De grootste groep gecontroleerde personen woont in Gent (11%) of Sint-Niklaas (4%). De regio's vanwaar de Belgische coffeeshopbezoekers komen zijn Gent,

70 Inmiddels is sinds juni 2008 één van deze coffeeshops gesloten en is sinds november 2008 de maximale hoeveelheid cannabis die iemand mag kopen teruggebracht van 5 gram naar 3 gram waardoor het aantal drugtoeristen flink is gedaald.

het Waasland, de Denderstreek en verder de Belgische kust en Henegouwen[71]. 26% van de gecontroleerde Belgen omzeilt de vijfgramsnorm die in de coffeeshops geldt.

Surmont (2007) heeft bij 415 coffeeshopbezoekers in Terneuzen tussen 30 oktober en 24 december 2004 een schriftelijke enquête afgenomen. 62% van de coffeeshopbezoekers die de enquête hebben ingevuld zijn Belgen (n = 252), wat vergelijkbaar is met de politiedata. De meeste respondenten zijn tussen 22 en 23 jaar. De gemiddelde leeftijd van de door de politie gecontroleerde personen (24,6 jaar) is lager dan de gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan de enquête (27,3 jaar). Dit kan bijvoorbeeld te maken hebben met het feit dat de politie zich bij controles laat leiden door stereotypen, of door het feit dat jongeren minder geneigd zijn om een enquête in te vullen.
De meest voorkomende woonplaatsen van de respondenten uit België zijn Gent (21%) en Brugge (3%)[72]. De meeste Belgische coffeeshopbezoekers werken (73%). 17% is student en 10% werkt of studeert niet. De leeftijd waarop de Belgische respondenten gemiddeld voor het eerst cannabis gebruiken is 17 jaar en 2 maanden. De eerste aankoop gebeurt een jaar later op een gemiddelde leeftijd van 18 jaar en 2 maanden. Wanneer de coffeeshopbezoekers voor het eerst cannabis kopen doen ze dat vooral bij vrienden en pas in tweede instantie in een coffeeshop (tabel 19). Van de Belgische respondenten heeft 10% voor het eerst cannabis gekocht op school.
Een derde van de Belgische coffeeshopbezoekers in Terneuzen bestaat uit regelmatige bezoekers die 1 à 2 keer per maand komen. 47% zijn pendelaars die minimum een keer per week naar de coffeeshop komen.

Tabel 19 – Plaats van de eerste aankoop van cannabis voor (Belgische) coffeeshopbezoekers, 2004 (%)

	Totaal (n = 406)	Belgische nationaliteit (n = 249)
Bij vrienden	41,4	47,0
Coffeeshop	16,7	19,3
Illegaal Nederlands verkooppunt	2,7	2,0
School	12,8	10,0
Dealer	10,8	8,8
Straat	11,3	8,4
Ergens anders	4,3	4,5

Bron: Surmont, 2007

71 In de onderzoekspublicatie wordt geen verdeling naar provincie gegeven.
72 In de onderzoekspublicatie wordt geen verdeling naar provincie gegeven.

2.7.2 Inbeslagnames van cannabis

Bij de interpretatie van gegevens over inbeslagnames moet men voor ogen houden dat drugvangsten een weerspiegeling zijn van prioriteiten en strategieën in het vervolgingsbeleid en van de beschikbare middelen (EMCDDA, 2006). In beslag genomen hoeveelheden zijn daarenboven moeilijk te beoordelen omdat de hoeveelheid meteen toeneemt wanneer zich een uitzonderlijke drugvangst voordoet. Verder worden enkel het aantal vangsten besproken omdat dit een beter beeld geeft van de marktsituatie.
De inbeslagnames betreffen de vangsten van alle politiediensten en douanediensten. Alle inbeslagnames vanaf 500 gram of 100 pillen worden genoteerd.

In 2007 is cannabis het product waarvoor het meest inbeslagnames worden opgetekend, namelijk 25.534, wat neerkomt op 69% van het totaal aantal drugvangsten (tabel 20) (Federale Politie, 2008d). Bij de meeste inbeslagnames worden marihuana of hasj inbeslaggenomen. In 2007 zijn er 466 inbeslagnames van cannabisplanten[73].

Tussen 1998 en 2007 is het aantal inbeslagnames van cannabis aan sterke schommelingen onderhevig. Tussen 1998 en 2003 doet zich een lichte toename voor. In 2004 valt het aantal inbeslagnames van cannabis fors terug maar dat is te wijten aan onvolledige gegevens voor dat jaar. Sinds 2005 stijgt het aantal inbeslagnames van cannabis jaar na jaar.
Dit kan volgens de federale politie te maken hebben met de gewijzigde wetgeving in 2003 en de daaropvolgende ministeriële richtlijnen van 2003 en 2005 die bij cannabisgebruikers voor verwarring zorgden waardoor gedacht werd dat cannabisgebruik legaal was[74]. Mogelijks wordt cannabis daardoor meer in het openbaar gebruikt waardoor ook meer vaststellingen door de politiediensten mogelijk zijn. Anderzijds is het mogelijk dat sommige politie-ambtenaren strenger zijn gaan optreden bij cannabisgebruik om de wetgeving duidelijk te maken. Dit zijn enkele mogelijke subjectieve verklaringen voor het toenemend aantal inbeslagnames van cannabis sinds 2003[75].

Vooral het aantal vangsten van marihuana en van cannabisplanten is tussen 1998 en 2007 toegenomen.

---

[73] Het gaat hier zowel om cannabisplanten in beslag genomen bij particuliere gebruikers als om in beslaggenomen planten op cannabisplantages. Vanaf het moment dat iemand met 2 cannabisplanten in zijn bezit wordt gevonden, beschouwt de politie dit als een plantage en wordt het aantal planten geteld.

[74] Zie paragraaf 1.2 voor meer toelichting bij de wetgeving. Na de wijziging van de drugwet op 3 mei 2003 werd op 16 mei 2003 een ministeriële richtlijn uitgevaardigd betreffende het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen (B.S. 2 juni 2003). Het arbitragehof heeft op 20 oktober 2004 artikel 16 van de drugwet van 3 mei 2003 vernietigd (B.S. 28 oktober 2004). Daarop hebben de Minister van Justitie en het College van procureurs-generaal op 25 januari 2005 een Gemeenschappelijke richtlijn verspreid omtrent de vaststelling, registratie en vervolging van inbreuken inzake het bezit van cannabis (B.S. 31 januari 2005).

[75] Informatie uit persoonlijke communicatie met Jessica Dommicent, federale politie.

Tabel 20 – Aantal inbeslagnames van cannabis in België, 1998-2007

Jaar	Marihuana	Hasj	Cannabisplanten	Cannabisolie	Cannabiszaden	Totaal cannabis
1998	8.247	4.573	147	geen info	53	**13.020**
1999	7.049	3.350	144	geen info	166	**10.709**
2000	8.254	5.475	442	geen info	93	**14.264**
2001	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	**geen info**
2002	10.582	4.932	389	geen info	geen info	**15.903**
2003	10.229	4.116	296	11	geen info	**14.652**
2004	geen info	6.378	geen info	geen info	geen info	**6.378**
2005	17.755	4.492	geen info	geen info	geen info	**22.247**
2006	18.260	5.805	209	1	geen info	**24.275**
2007	19.196	5.870	466	2	geen info	**25.534**

Bron: Federale Politie, 2008d

Vanaf 2003 houdt de federale politie cijfers bij van het aantal ontdekte cannabisplantages (Federale Politie, 2008d). Het aantal cannabisplantages dat de politie in België heeft ontdekt ligt in 2007 13 keer hoger dan in 2003. In 2003 zijn 35 cannabisplantages ontdekt, in 2004 50, in 2005 172, in 2006 246 en in 2007 466.

2.7.3 Prijs van cannabis[76]

De federale politie maakt ieder jaar een schatting van drugprijzen op basis van informatie van gebruikers en dealers. Bij het verhoren van gebruikers en verkopers van drugs vraagt de politie zoveel mogelijk naar de aankoop- of de verkoopprijs[77]. Deze prijzen worden per arrondissement verzameld. Ieder jaar worden de prijzen nog eens ter controle aan alle bevoegde politiediensten voorgelegd zodat zij nog correcties kunnen aanbrengen. De juistheid van de drugprijzen is dus afhankelijk van een aantal factoren met name de medewerking van de ondervraagden, of de politiemensen ernaar vragen, of de ondervraagden correcte informatie geven en of de informatie uiteindelijk aan de centrale dataverwerkingsdienst van de federale politie wordt doorgegeven.

In tabel 21 worden de prijzen die zijn meegedeeld door de federale politie naast

76 De prijs van illegale producten is afhankelijk van de kwaliteit van het product. De prijs per dosis is sterk afhankelijk van de hoeveelheid die per dosis wordt gebruikt en de gebruiksgewoonten van de gebruiker. De straatwaarde van illegale drugs is bovendien zeer sterk tijdsgebonden. Ook de setting (straat, party, ...) waarin drugs worden aangekocht, beïnvloedt de prijs. Drugprijzen kunnen ook regionaal sterk verschillen. Uiteraard is tevens de aangekochte hoeveelheid een belangrijke factor die de prijs bepaalt. We kunnen in feite enkel een voorzichtige indicatie geven van de prijzen per dosis uitgaande van de geschatte prijzen van de Federale Politie.

77 Informatie uit persoonlijke communicatie met Jessica Dommicent, federale politie.

de gecorrigeerde prijzen[78] op basis van de consumptieprijsindex (CPI) weergegeven[79].

Tabel 21 – Gemiddelde straatprijs van cannabis in België en gecorrigeerde prijzen op basis van de CPI, 1997-2007[80] (in EUR)

	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007
Prijs hasj (per gram)	3,0	7,4	8,1	5,6	7,3	6,0	6,0	6,7	6,5
Gecorrigeerde prijs hasj (per gram)	3,4	8,3	8,9	6,0	7,7	6,1	5,8	6,4	6,0
Marihuana (per gram)	3,7	6,5	5,6	4,2	7,9	5,0	5,8	5,4	5,9
Gecorrigeerde prijs marihuana (per gram)	4,2	7,3	6,2	4,5	8,3	5,1	5,6	5,1	5,4

Bron: Federale politie, 2008c; Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2006; Sleiman & Roelands, 2006

De gemiddelde prijs voor cannabis fluctueert tussen 1997 en 2007 maar vertoont toch voornamelijk een stijgende tendens (tabel 21) (Federale politie, 2008c). Sinds 2003 blijft de prijs van cannabis redelijk stabiel.
De prijs voor een gram hasj verdubbelt van 3 EUR in 1997 tot 6 EUR in 2007. De gemiddelde marihuanaprijs stijgt minder sterk en wordt 1,2 EUR duurder.

2.7.4 Productie van cannabis

Omdat cannabis binnenshuis kan gekweekt worden, kan de plant in alle landen groeien (King e.a., 2004). De productie komt echter vooral voor in Nederland en de omringende landen waaronder België.

Er is niet bekend hoeveel mensen zelf cannabis telen. In de studie 'cannabisteelt in Vlaanderen' worden verschillende onderzoeksmethoden gecombineerd om een zo accuraat mogelijk beeld te krijgen van de cannabisteelt in Vlaanderen (Decorte & Tuteleers, 2007). Naast een literatuurstudie over de cannabismarkt analyseren de onderzoekers de krantenberichtgeving over cannabisteelt tussen 1992 en 2005, nemen ze 'face to face' interviews af met cannabiskwekers en organiseren ze een internetenquête.

---

78 Daarvoor wordt de drugprijs voor een bepaald jaar gedeeld door de CPI en vermenigvuldigd met 100. Bijlage 2 geeft een overzicht van de CPI tussen 1997 en 2007.

79 Om de evolutie van de prijzen in de tijd correct te interpreteren dienen ze bekeken te worden tegenover de index van de consumptieprijzen. Sinds 1920 wordt maandelijks een indexcijfer van de consumptieprijzen berekend (FOD economie, K.M.O., middenstand en energie, 2009b). De CPI meet de prijsontwikkeling van een korf door gezinnen aangekochte goederen en diensten die representatief zijn voor hun verbruiksgewoonten. De CPI meet niet zozeer het prijsniveau maar wel de schommeling tussen twee periodes: het basisjaar 2004 (= 100) en de huidige prijs.

80 De prijzen in de tabel zijn de prijzen van illegale middelen zoals de federale politie ze overmaakt aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) voor het jaarlijks Belgisch nationaal rapport. Voor 2002 en 2004 zijn er geen politiecijfers beschikbaar over de gemiddelde prijzen van illegale drugs.

Decorte en Tuteleers (2007) analyseren 609 **krantenartikels** die betrekking hebben op de ontdekking van een cannabisplantage in Vlaanderen. Op basis van de krantenartikels is een database samengesteld van 541 cannabisplantages met gegevens over de grootte van de plantage, de locatie, de bestemming van de teelt, aanleiding voor de ontdekking, de soort teelt en gegevens over inbeslagname en arrestaties. De berichtgeving over cannabisplantages vervijfvoudigt na 2001. In 2002 en in 2005 zijn het meest berichten over cannabisplantages verschenen. Van 411 plantages kan uit de krantenberichten de grootte afgeleid worden (tabel 22). Het aantal kleinere plantages schommelt licht maar blijft laag. Het aantal grotere cannabisplantages met meer dan 100 planten waarover de media berichten, is na 2000 sterk gestegen.

Tabel 22 – Evolutie in de Vlaamse media van het aantal cannabisplantages volgens grootte, 1994-2005

	1-100 planten	> 100 planten	Gemiddeld aantal planten
1994	15	5	129,6
1995	3	11	412,4
1996	6	2	327,1
1997	4	3	1.578,4
1998	2	13	337,2
1999	9	10	391,2
2000	2	15	395,6
2001	11	21	431,0
2002	20	60	1.190,0
2003	7	26	624,5
2004	9	59	1.002,9
2005	8	89	940,9

Bron: Decorte, 2009

Van 487 cannabisplantages is in de krant sprake van binnen- of buitenteelt. In 77% van de gevallen gaat het om binnenteelt. 72% van de ontdekte plantages bevinden zich in privé woningen. De meeste plantages waarover in de kranten is geschreven zijn gelegen in de noordelijke en oostelijke grensgemeenten van de provincies Antwerpen en Limburg. 8 op 10 cannabisplantages zijn commerciële kwekerijen. Meestal is niet duidelijk of de cannabis voor België, Nederland of een andere markt bestemd is.
Bij 500 plantages wordt in de krant het aantal verdachten vermeld. Meer dan de helft van de verdachten zijn Belgen, 4 op 10 zijn Nederlanders.
Uiteraard zeggen deze gegevens uit de mediaberichtgeving niets over de ware omvang van de cannabisteelt in Vlaanderen. Niet alle cannabisplantages worden immers door de politie ontdekt, en niet alle ontdekte cannabisplantages komen in de krant. Politiediensten melden ontmantelingen van cannabisplantages niet altijd aan de media en verder zullen de media eerder grotere en spectaculaire ontdekkingen melden.

De berichtgeving over cannabisplantages in de media zegt ook weinig over de kleinschalige, niet-commerciële teelt. De **face-to-face interviews** die Decorte en Tuteleers (2007) bij 89 cannabiskwekers hebben afgenomen werpen hier wel een licht op. De interviews vinden plaats in de periode maart 2005 tot augustus 2006. De respondenten worden gerekruteerd via 'privileged acces interviewers' en een sneeuwbalsteekproef. De respondenten wonen in Vlaanderen en hebben ten minste een keer succesvol geoogst. Het interview gebeurt met een semigestructureerde vragenlijst. De steekproef kan in geen geval representatief genoemd worden voor de cannabistelers in Vlaanderen.
De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde cannabistelers is 30,1 jaar. De steekproef bestaat uit 93% mannen en 7% vrouwen. 1 op 3 heeft een diploma hoger onderwijs. De gemiddelde leeftijd bij de eerste succesvolle teelt is 23,1 jaar. Ruim de helft van de respondenten begint zelf cannabis te telen omdat dat goedkoper is. Slechts 2 respondenten telen cannabis om medicinale redenen. De respondenten kunnen uit een lijst van 6 kweekpatronen kiezen welk patroon het best bij hen past. 26% kiest voor kweekpatroon 2. Dit wil zeggen dat bij hen het kweken van cannabis geleidelijk gegroeid is over de jaren. Ze gaan geleidelijk meer planten kweken met steeds grotere oogsten. Kweekpatroon 3 is voor 24% van de respondenten van toepassing. Zij kweken doorheen de jaren eenzelfde aantal planten en de oogst blijft door de jaren heen constant. Het gemiddeld aantal succesvolle oogsten bedraagt per respondent 7,2. 65% van de respondenten is over de jaren heen 1 of meerdere keren met cannabisteelt gestopt. 7 op 10 respondenten kweken alleen. 3 op 10 respondenten kweekt cannabis binnen en 4 op 10 doet dat buiten. Bij de laatste teelt realiseert de gemiddelde binnenkweker 33,2 gram per plant, de buitentelers realiseren gemiddeld 143 gram per plant. Het exacte THC gehalte kan door de telers niet ingeschat worden.
De opbrengst van de eerste succesvolle kweek wordt door 28% voor een deel verkocht maar de meesten (71%) gebruikten die zelf. 36% verkocht een deel van de laatste succesvolle teelt en 59% hield die voor eigen gebruik.
46% van de respondenten denkt dat men meer cannabis gebruikt als men zelf teelt. 35% gaat ervan uit dat zelf telen geen negatieve impact heeft op het eigen gebruik. Uit hun eigen situatie blijkt dat 36% evenveel cannabis gebruikt dan voor de tijd dat men zelf cannabis kweekte. 32% gebruikt minder en 26% gebruikt meer cannabis.
6 op 10 telers denkt dat de cannabis die ze zelf telen milder is dan deze die ze kopen. Ruim de helft van de respondenten koopt nog cannabis naast de eigen teelt.
49% van de cannabistelers heeft ooit zelfgeteelde cannabis verkocht. In driekwart van de gevallen wordt de eigen gekweekte cannabis verkocht aan mensen die men persoonlijk kent.

De semigestructureerde vragenlijst uit de interviews is ingekort tot een **internetenquête** die van 15 mei tot 31 augustus 2006 online op de website van het Instituut voor Sociaal Drugonderzoek kon worden ingevuld. Dat resulteerde in 659 bruikbare vragenlijsten.
De gemiddelde leeftijd van de cannabistelers die de enquête hebben ingevuld is

28,5 jaar. De steekproef bestaat uit 89% mannen en 12% vrouwen. 48% heeft een diploma hoger onderwijs.
De gemiddelde leeftijd bij de eerste teelt is 20,7 jaar. Het belangrijkste motief om zelf cannabis te telen is ook voor deze telers omdat dat goedkoper is. Het gemiddeld aantal succesvolle oogsten bedraagt per respondent 4,1. 7 op 10 respondenten kweken alleen. 58% kweekt buiten en 55% binnen. De binnentelers halen gemiddeld 48,8 gram uit 1 plant, de buitentelers 63,7 gram. Het exacte THC-gehalte kan door de telers niet ingeschat worden. 4 op 10 vind de eigen cannabis niet sterk maar ook niet mild. 25% vindt de eigen gekweekte cannabis sterk. 6 op 10 vinden de eigen cannabis milder dan de gekochte cannabis.
67% van de eigen kweek is bestemd voor eigen gebruik. 22% wordt uitgedeeld aan vrienden en kennissen en 7% verkocht aan vrienden of kennissen.
56% zegt evenveel cannabis te gebruiken dan voor de tijd dat men zelf cannabis kweekte. 23% gebruikt minder en 18% gebruikt meer cannabis. 57% van de respondenten koopt nog cannabis naast de eigen teelt.
32% van de cannabistelers heeft ooit zelfgeteelde cannabis verkocht. In 9 op 10 van de gevallen wordt de eigen gekweekte cannabis verkocht aan mensen die men persoonlijk kent.

2.7.5 Sterkte van cannabis

Er kan nagegaan worden in hoeverre de sterkte van cannabis die in Vlaanderen wordt gebruikt de afgelopen jaren geëvolueerd is. De sterkte van cannabis wordt bepaald door het THC-gehalte (Kinable, 2004). De hoeveelheid THC varieert van soort tot soort en zelfs van plant tot plant. Hasj bevat hogere THC-concentraties dan marihuana. De cannabissterkte is tevens afhankelijk van de kweekmethode. Marihuana die op een intensieve manier thuis wordt gekweekt heeft doorgaans een hoger THC-gehalte dan de ingevoerde soorten.

Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) heeft in 2004 een studie uitgevoerd naar de sterkte van cannabis in Europa (King e.a., 2004). Als maat is hiervan de som van de sterktes van elk cannabisproduct vermenigvuldigd met het marktaandeel van elk van die producten. Deze maat is gedurende vele jaren relatief stabiel gebleven en schommelt rond 6 à 8%. De enige uitzondering hierop vormt Nederland waar de effectieve sterkte van cannabis in 2001-2002 16% bedraagt.

Het EMCDDA verzamelt via nationale informatiepunten al jaren informatie over de cannabissterkte in Europese landen (EMCDDA, 2009). De gemiddelde THC-waarden voor cannabis die in België in beslag wordt genomen zijn in tabel 23 samengebracht. Om de gemiddelde sterkte te bepalen gebeurt een routine analyse van cannabisvangsten.

In 2006 bedraagt het gemiddelde percentage THC in marihuana 7% en in hasj 8%. Voor de periode 2000-2006 daalt in België de sterkte van marihuana maar stijgt het gemiddelde THC-gehalte van hasj. In de periode 2003-2005 zijn de gerapporteerde THC-gehaltes van cannabis merkelijk hoger.

Tabel 23 – Gemiddelde sterkte van cannabis in België op niveau van de kleinhandel (% THC)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Marihuana	10,4	6,0	6,0	13,8	13,3	15,4	6,7
Hasj	7,1	13,6	9,7	15,4	14,6	17,0	8,0

Bron: EMCDDA, 2009

2.8 Trends in cijfers over cannabis 1997-2007

De nationale gezondheidsenquête geeft aan dat 12% van de **Vlaamse bevolking van 15 jaar** en ouder ooit cannabis heeft gebruikt, 5% gebruikt het laatste jaar cannabis en 3% de laatste maand. Tussen 2001 en 2004 blijft het cannabisgebruik in de Vlaamse bevolking stabiel.
Meer mannen dan vrouwen gebruiken cannabis en mannelijke gebruikers gebruiken frequenter. Cannabisgebruik komt vooral voor bij jongeren (15-24 jaar) en jongvolwassenen (25-34 jaar). Bij personen met een diploma hoger onderwijs komt cannabisgebruik meer voor dan bij personen zonder diploma of met een diploma lager onderwijs.
10% van de **18-plussers,** in België bevraagd in het ESEMeD onderzoek, heeft ooit cannabis gebruikt.

20% van de **leerlingen in het secundair onderwijs** die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging worden bevraagd, heeft ooit cannabis gebruikt. In de HBSC-studie is het ooit-gebruik vergelijkbaar: 22% van de leerlingen die in 2006 worden bevraagd, heeft ooit cannabis gebruikt. Het laatstejaarsgebruik van cannabis door leerlingen in het secundair onderwijs is hoger in de HBSC-studie (17%) dan in de VAD-leerlingenbevraging (12%). Uit de HBSC-studie blijkt verder dat gedurende de laatste maand 11% van de bevraagde leerlingen cannabis gebruikt. Volgens de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 9% van de leerlingen minder dan eenmaal per week cannabis, 3% gebruikt minstens wekelijks cannabis. 1% van de leerlingen gebruikt cannabis dagelijks.

De tendens die uit de VAD-leerlingenbevraging naar voor komt is dat het cannabisgebruik (zowel ooit als laatstejaarsgebruik) bij leerlingen uit het secundair onderwijs stabiel blijft tussen het schooljaar 2000-2001 en 2003-2004. Daarna daalt het significant. Het laatste schooljaar – 2007-2008 – doet zich opnieuw een lichte stijging voor zodat het gebruik ongeveer op hetzelfde peil is als tijdens het schooljaar 2004-2005. Dit geldt zowel voor jongens als meisjes. De HBSC-studie stelt een dalende tendens vast in het cannabisgebruik (zowel in het ooit-gebruik als in het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand) van leerlingen uit het secundair onderwijs in de periode 1996-2006, die echter opvallender is voor jongens dan meisjes.

Meer jongens dan meisjes gebruiken cannabis en jongens gebruiken cannabis frequenter. Dit wordt zowel in de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie vastgesteld.
Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat ooit of tijdens het laatste jaar cannabis gebruikt sterk toe. Dat blijkt zowel uit de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie.
Zowel de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie stellen vast dat het percentage leerlingen dat cannabis gebruikt (ooit, laatstejaar, laatste maand) in het ASO het laagst is. Uit de HBSC-studie blijkt bovendien dat tussen 1996 en 2006 het cannabisgebruik (ooit-gebruik en gebruik tijdens de laatste maand) bij leerlingen in het BSO en het TSO is toegenomen.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 gebruikt 24% ooit cannabis, 19% gebruikt het laatste jaar cannabis en 12% de laatste maand. Behalve het laatstejaarsgebruik dat hier hoger ligt dan in de VAD-leerlingenbevraging zijn de resultaten vergelijkbaar met de resultaten van deze leeftijdsgroep in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie.
De ESPAD-studie toont ook voor deze leeftijdsgroep een dalende tendens in cannabisgebruik (ooit- en laatstejaarsgebruik) tussen 2003 en 2007.

47% van de **AUHA-studenten** die via een enquête in 2005 zijn bevraagd heeft ooit cannabis gebruikt, 22% gebruikt het laatste jaar cannabis. 3 op 10 studenten die het laatste jaar cannabis gebruiken, doen dat tijdens het academiejaar minstens een keer per week. In de vakantieperiodes neemt vooral het dagelijks gebruik van cannabis toe.
Cannabisgebruik (zowel ooit- als laatstejaarsgebruik) komt meer en vaker voor bij mannelijke dan vrouwelijk studenten. 36% van de mannelijke studenten en een kwart van de vrouwelijke studenten gebruikt tijdens het academiejaar wekelijks cannabis.

Uit het VAD-uitgaansonderzoek blijkt dat 44% van de **uitgaanders** het laatste jaar cannabis gebruikt. 22% gebruikt minstens wekelijks cannabis, 13% dagelijks. Het cannabisgebruik is tussen 2003 en 2005 fiks gedaald. De meeste cannabisgebruikers die in het uitgaansonderzoek worden bevraagd zijn tussen 17 en 18 jaar oud (22%). 10% is tussen 15 en 16 jaar en 15% van de cannabisgebruikers is tussen 23 en 24 jaar. De leeftijdsverdeling van uitgaanders die het laatste jaar cannabis gebruiken vertoont voor 2003, 2005 en 2007 dezelfde tendens. 7 op 10 uitgaanders die het laatste jaar cannabis gebruiken zijn mannen. Cannabis wordt zowel voor, tijdens als na het uitgaan gebruikt en vooral in groep. Individueel gebruik van cannabis komt in 2007 minder voor dan in 2003.

52% van de **gedetineerden** heeft volgens een bevraging van de FOD justitie ooit binnen of buiten de gevangenis, cannabis gebruikt. In 2006 gebruikt 27% van de gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode cannabis. Tegenover 2000 is het gebruik van cannabis tijdens de huidige detentieperiode gedaald. Ook het percentage gedetineerden die voor het eerst cannabis in de gevangenis gebruiken is tussen 2000 en 2006 afgenomen.

Uit onderzoek bij **ervaren cannabisgebruikers** blijkt dat zij gemiddeld voor

het eerst cannabis gebruiken op een leeftijd van 16,3 jaar. Regelmatig gebruik start gemiddeld op de leeftijd van 17,7 jaar. De eerste keer dat ervaren cannabisgebruikers cannabis gebruiken gaat het voor de meesten om marihuana, wordt het aangeboden en gebeurt het gebruik onder vrienden. Ervaren cannabisgebruikers gebruiken gemiddeld 7 gram cannabis per maand tijdens het eerste jaar van regelmatig gebruik, 24 gram tijdens de topperiode, 13 gram tijdens het laatste jaar en 13 gram tijdens de laatste 3 maanden. Mannen gebruiken maandelijks gemiddeld grotere hoeveelheden dan vrouwen.

Bij **ervaren cocaïnegebruikers** komt cannabisgebruik vaak voor. Uit onderzoek bij ervaren cocaïnegebruikers blijkt dat alle respondenten ooit cannabis hebben gebruikt en dat 71% dat ook tijdens de afgelopen twee weken heeft gedaan.

Hoe vaak **combineren van cannabis met andere middelen** voorkomt kan afgeleid worden uit de ESPAD-studie, het VAD-uitgaansonderzoek en onderzoek bij ervaren cannabis- en cocaïnegebruikers. 14% van de 15-16-jarige scholieren, bevraagd in de ESPAD-studie van 2007, heeft ooit cannabis en alcohol op hetzelfde moment gebruikt. Cannabis samen met alcohol op hetzelfde moment gebruiken komt veel meer voor bij jongens dan meisjes.
De meeste uitgaanders die middelen gebruiken combineren wel eens illegale drugs met alcohol. De meeste genoemde combinatie is alcohol en cannabis. Dit komt echter ‘meer niet dan wel’ voor.
Ervaren cannabisgebruikers combineren cannabis het vaakst met tabak, XTC of amfetamines.
40% van de ervaren cocaïnegebruikers combineert cocaïne altijd met cannabis.

Vergeleken met de ons omringende landen is het gebruik van cannabis in de volwassen populatie (15-64 jaar) in België eerder laag.
In de resultaten van het ESPAD-onderzoek staat Vlaanderen op de dertiende plaats wat betreft het ooit-gebruik van cannabis en neemt het de negende plaats in wat betreft het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand.
Als de resultaten uit 2005/2006 van het HBSC-onderzoek voor de verschillende deelnemende landen worden vergeleken staat Vlaanderen op de zeventiende plaats wat betreft het ooit-gebruik van cannabis en op de vijftiende plaats voor cannabisgebruik tijdens de laatste maand.
Uit Europees onderzoek bij 15-24-jarigen blijkt dat België zich wat het ooit-gebruik van cannabis betreft op de negende plaats bevindt en voor het gebruik van cannabis tijdens de laatste maand cannabis de zesde plaats inneemt.

Of gebruikers door **cannabisgebruik problemen** ondervinden is in de ESPAD-studie onderzocht via de CAST. In Vlaanderen is voor 2% van de 15-16-jarige scholieren het cannabisgebruik problematisch, wat betekent dat ze een score van 4 of hoger hebben op de CAST.
In de bevraging van studenten uit het hoger onderwijs in Antwerpen antwoordt 1 op 10 studenten die het laatste jaar cannabis gebruiken positief op 4 of meer DSM-IV-criteria voor cannabisafhankelijkheid. Hoe frequenter cannabis wordt gebruikt hoe groter de kans dat men verschillende problemen ondervindt.

Ook in het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers is gekeken naar de aanwezigheid van de DSM-IV-criteria voor afhankelijkheid. Ruim een derde van de ervaren cannabisgebruikers heeft gedurende de hele gebruikscarrière minstens 3 verschijnselen uit de DSM-IV-criteria inzake cannabisafhankelijkheid ondervonden.

In de periode 1998-2004 is bij 0,4% van de druggerelateerde **doden** waarbij de substantie bekend is, cannabisgebruik de doodsoorzaak. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). Cannabis kan dan één van de gebruikte middelen zijn.
In Vlaanderen komt in de periode 1998-2006 directe sterfte door cannabisgebruik nagenoeg niet voor in de registratiegegevens.

Volgens onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers zegt een kwart van de professioneel actieve respondenten de laatste 3 maand **op het werk** cannabis gebruikt te hebben. 5% heeft ooit al dan niet ernstige problemen op het werk als gevolg van hun cannabisgebruik gehad.
1 op 3 ervaren cannabisgebruikers heeft ooit lichte tot ernstige problemen **op school** ervaren als gevolg van cannabisgebruik.
Naar aanleiding van cannabisgebruik heeft 4 op 10 ervaren cannabisgebruikers ooit minder ernstige tot ernstige problemen ervaren in de **persoonlijke relaties met familie**. Voor 6% is cannabisgebruik de aanleiding geweest voor een scheiding of relatiebreuk.

Twee derde van de ervaren cannabisgebruikers die aan een onderzoek hebben deelgenomen heeft al **onder invloed van cannabis gereden**, 37% al meer dan 15 keer. Ruim de helft van de ervaren cannabisgebruikers heeft ooit onder invloed van cannabis en alcohol gereden, een kwart al meer dan 15 keer.
De federale politie heeft in 2007 683 testbatterijen drugs in het verkeer afgenomen, waarmee het aantal tegenover 2003 is verdubbeld.
In 2007 zijn nog eens 4.660 testbatterijen drugs, 2.240 urinetesten en 1.015 bloedtesten afgenomen in het kader van het verkeersveiligheidsfonds.
In de periode 2000-2004 zijn 3.324 bloedstalen geanalyseerd. In 2004 is 88% van de 1.220 geanalyseerde bloedstalen positief. Meestal wordt THC aangetroffen (in 40% van de bloedstalen).
Tussen 2000 en 2004 zijn er in totaal 3.810 processen-verbaal opgesteld voor rijden onder invloed van drugs. In de gerechtelijke afhandeling wordt geen rekening gehouden met de aard van het product.

3% van de ervaren cannabisgebruikers heeft onder invloed van cannabis 1 **verkeersongeval** gehad, 2% heeft 2 of meer ongevallen veroorzaakt. Dit zijn resultaten van onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers. 10% ervaren cannabisgebruikers heeft al een verkeersongeval gehad onder invloed van cannabis en alcohol. 5% heeft zo al 2 of meer verkeersongevallen gehad.
Bij onderzoek op spoeddiensten bij slachtoffers van verkeersongevallen wordt bij 6% van de slachtoffers van een verkeersongeval cannabis aangetroffen, vooral bij personen van 18-24 jaar en bij minderjarigen.
In 2000-2004 zijn 147 processen-verbaal opgemaakt voor ongevallen naar aan-

leiding van rijden onder invloed van drugs. In 48 bloedstalen is THC aangetroffen.

Gebruik van drugs komt zeer weinig voor bij **sport-, werk- en verkeersongevallen en ongevallen in de privésfeer** geregistreerd door de huisarts. Er zijn geen data beschikbaar over het type drug.

In 2007 heeft in Vlaanderen 65% van het totaal aantal **geregistreerde misdrijven** door de federale politie te maken met cannabis (n = 15.612). Meestal gaat het om bezit van cannabis. Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met cannabis is tussen 2004 en 2007 in België met 12% en in Vlaanderen met 19% toegenomen.

Uit een onderzoek van 1.089 **politionele dossiers** uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties blijkt dat 14% van de geanalyseerde dossiers druggerelateerd is. Cannabis komt als middel het meest voor in de bestudeerde dossiers (30%) van de verdachten.

Bij de **parketten van de rechtbanken van eerste aanleg** komen in 2007 39.058 strafzaken binnen in verband met drugs en doping (6% van de totale instroom) en worden 38.283 strafzaken in verband met drugs en doping afgesloten (5% van de totale uitstroom). Zowel de instroom als de uitstroom van strafzaken in verband met drugs en doping is tegenover 2003 met 11% gestegen. De jaarlijkse stock van strafzaken in verband met drugs en doping stijgt tussen 2003 en 2005 maar neemt nadien af. In 2007 zijn er 12.705 hangende zaken in verband met drugs en doping (5% van de totale stock).

Van de **geverbaliseerde druggebruikers** in Vlaanderen en Brussel die door de **parketten** in een jaarlijks registratieonderzoek worden geregistreerd gebruikt 62% cannabis. Over de periode 1997-2007 is het aantal geverbaliseerde druggebruikers die cannabis gebruiken gehalveerd. In 2007 is 53% van de geregistreerde cannabisgebruikers tussen 21 en 29 jaar. 6% is jonger dan 18 jaar. In vergelijking met 1997 zijn er minder jonge cannabisgebruikers geregistreerd in 2007. In 1997 bedraagt het aandeel minderjarigen nog 13%. Ook het aandeel van de 18-20-jarige cannabisgebruikers is over de jaren heen afgenomen. 9 op 10 van de geregistreerde cannabisgebruikers zijn mannen.

In 2005 zijn bij de **jeugdparketten** 5.177 misdrijven aangemeld in verband met bezit, gebruik en verkoop van verdovende middelen. 70% gaat over bezit en het gebruik van softdrugs.

Van de **veroordelingen** voor drugsmisdrijven zijn geen gegevens gespecificeerd naar middel beschikbaar. In 2006 zijn in België in totaal 5.552 veroordelingen voor een misdrijf in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen geregistreerd. Dat is 4% van het totaal aantal veroordelingen in 2006. In de meeste gevallen betreft de veroordeling de handel in verdovende middelen (3.853 veroordelingen in 2006).
Tussen 1996 en 2006 is het aantal veroordelingen voor misdrijven in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische stoffen en gifstoffen met 27% gedaald. Het aantal veroordelingen voor handel in verdovende midde-

len is tussen 1996 en 2006 met 16% afgenomen.

Van de gerechtelijke dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart van personen aan wie een **alternatieve maatregel of sanctie** is opgelegd heeft 55% betrekking op gebruik van cannabis. Minnelijke schikking wordt het meest opgelegd aan jonge personen tussen 18 en 25 jaar vooral voor cannabisbezit.

Onderzoek bij druggebruikers wijst uit dat 24% het afgelopen jaar een **geweldsdelict** heeft gepleegd. Gebruikers die het afgelopen jaar minstens een keer per week cannabis en een ander middel gebruiken plegen meer geweldsdelicten vergeleken met gebruikers die dat niet doen.
31% van de druggebruikers heeft het afgelopen jaar **gedeald**. Bij gebruikers die het afgelopen jaar minstens een keer per week cannabis gebruiken komt dealen meer voor vergeleken met gebruikers die dat niet doen.

De **ingeschatte beschikbaarheid** van cannabis is voor jongens groter dan voor meisjes dat komt zowel in de HBSC- als de ESPAD-studie naar voren. De ingeschatte beschikbaarheid neemt volgens de HBSC-studie ook toe met de leeftijd: de helft van de 17-18-jarigen zegt zonder problemen aan cannabis te kunnen komen, tegenover 10% van de 12-14-jarigen.
8% van de Oost- en West-Vlaamse scholieren tussen 14 en 18 jaar is al ooit over de Belgisch-Nederlandse grens geweest om cannabis te kopen. Hoe ouder de leerlingen hoe vaker dit voorkomt.

Uit een enquête uitgevoerd bij **coffeeshopbezoekers in Terneuzen** in 2004 blijkt dat 62% van de coffeeshopbezoekers in Terneuzen Belg is. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan de enquête 27,3 jaar.
Uit gegevens van de politie van Terneuzen blijkt dat 62% van de 1.175 personen die tussen januari 2003 en oktober 2004 gecontroleerd zijn, Belg is. De gemiddelde leeftijd van de gecontroleerde personen met een Belgische nationaliteit is 24,6 jaar.

69% van het totaal aantal **drugvangsten** in 2007 betreft cannabis. Het gaat om 25.534 inbeslagnames. Tussen 1998 en 2007 is het aantal inbeslagnames van cannabis aan sterke schommelingen onderhevig. Sinds 2005 is er een forse toename merkbaar.
Het aantal cannabisplantages dat de politie in België heeft ontdekt ligt in 2007 (n = 466) 13 keer hoger dan in 2003 (n = 35).

De gemiddelde **prijs** voor cannabis neemt tussen 1997 en 2007 toe. Sinds 2003 blijft de prijs redelijk stabiel. In 2007 kost een gram hasj 6 EUR en een gram marihuana 5 EUR.

Uit krantenberichtgeving blijkt dat in 2002 en in 2005 het meest berichten over **cannabisplantages** zijn verschenen en dat het aantal grotere cannabisplantages met meer dan 100 planten waarover de media berichten, na 2000 sterk is gestegen.

Er is niet bekend hoeveel mensen zelf cannabis telen. Uit onderzoek bij **cannabistelers** blijkt dat de gemiddelde leeftijd van telers die een enquête invulden

28,5 jaar is. 58% kweekt cannabis buiten, 55% doet dat binnen. Het gemiddeld aantal succesvolle oogsten bedraagt per respondent 4,1. De binnentelers halen gemiddeld 48,8 gram uit 1 plant, de buitentelers 63,7 gram. 32% van de cannabistelers heeft ooit zelfgeteelde cannabis verkocht.

De maat voor de **sterkte van cannabis** is in Europa gedurende vele jaren relatief stabiel gebleven en schommelt rond 6 à 8%. In 2006 bedraagt het gemiddelde percentage THC in marihuana 7% en in hasj 8%. Voor de periode 2000-2006 daalt de sterkte van marihuana maar stijgt het gemiddelde THC-gehalte van hasj in België.

3

Hoofdstuk 3

Cocaïne

Cocaïne is een opwekkend middel dat door een chemische ingreep uit de bladeren van de Zuid-Amerikaanse cocaplant wordt gepuurd (Hermans & Schrooten, 2005). In Zuid-Amerika wordt al duizenden jaren, op cocabladeren gekauwd maar in onze streken wordt vooral de chemische vorm, het cocaïnepoeder (cocaïne hydrochloride), gebruikt. Cocaïne wordt meestal gesnoven (De DrugLijn, 2009c).
Sinds het midden van de jaren tachtig is het roken van cocaïnebase in trek geraakt (Hermans & Schrooten, 2005). Cocaïnebase, namelijk freebase of crack, wordt bereid door ammoniak of maagzout aan cocaïnepoeder toe te voegen. Het belangrijkste verschil tussen freebase en crack is de zuiverheid. Freebase bevat minder onzuiverheden. Als de cocaïne in water opgelost wordt, kan ze ingespoten worden (De DrugLijn, 2009c). Het inspuiten van een combinatie van cocaïne en heroïne komt ook voor en wordt 'speed-ball' genoemd.

De cijfers in dit hoofdstuk gelden voor alle vormen van cocaïne samen. Als er aparte cijfers over freebase of crack zijn, worden die ook apart vermeld.

3.1 Cocaïnegebruik door de algemene bevolking

In het ESEMeD onderzoek dat in België in 2001-2002 is uitgevoerd is gepolst naar het ooit-gebruik van cocaïne in de Belgische bevolking van 18 jaar en ouder (Degenhardt e.a., 2008). 2% van de respondenten heeft ooit cocaïne gebruikt.

3.2 Cocaïnegebruik door jongeren

3.2.1 Cocaïnegebruik door scholieren

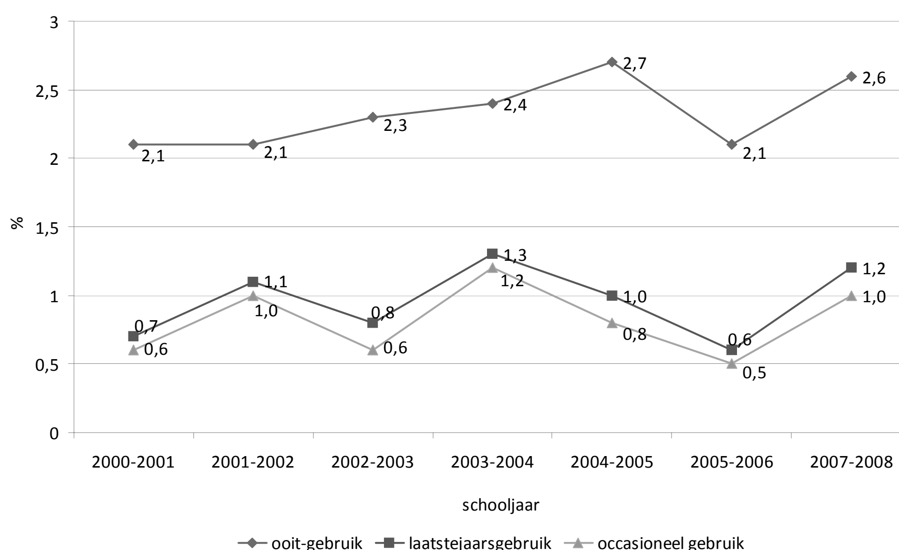
Om het cocaïnegebruik van scholieren in het secundair onderwijs te beschrijven kan uit dezelfde studies informatie gehaald worden dan deze die peilen naar het cannabisgebruik. Zowel in de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie als de

ESPAD-studie wordt bij de leerlingen gepolst naar de frequentie van het gebruik van cocaïne. Toelichting bij de gebruikte methodologie in deze onderzoeken wordt gegeven in hoofdstuk 2.2.

3.2.1.1 *VAD-leerlingenbevraging*

In de vragenlijst van de VAD-leerlingenbevraging wordt nagegaan of leerlingen ooit of in het laatste jaar cocaïne hebben gebruikt en hoe vaak ze dat doen.
3% van de scholieren, bij wie tijdens het schooljaar 2007-2008 naar het druggebruik wordt gepolst in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, heeft **ooit** cocaïne gebruikt (Kinable, 2009). 1% van de leerlingen gebruikt het **laatste jaar** cocaïne. Dat gebeurt vrijwel alleen occasioneel (1%), dit wil zeggen minder dan één keer per week. De groep dagelijkse gebruikers van cocaïne is verwaarloosbaar.
Sinds het schooljaar 2000-2001 is het ooit-gebruik van cocaïne- dat in het secundair onderwijs slechts een marginaal gegeven is- licht gestegen, met een kleine tussentijdse daling in schooljaar 2005-2006 (grafiek 18).

Grafiek 18 – Evolutie van het cocaïnegebruik bij scholieren in het Vlaams secundair onderwijs, vanaf schooljaar 2000/2001



Bron: Kinable, 2009

SEKSE

Van de jongens die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging deelnemen heeft 4% **ooit** cocaïne gebruikt. 2% van de meisjes heeft ooit cocaïne gebruikt. Vooral jongens gebruiken het **laatste jaar** cocaïne (2% tegenover 1% van de meisjes). Ze doen dat hoofdzakelijk **occasioneel**.

Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

LEEFTIJD

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat **ooit** cocaïne heeft gebruikt toe. Van de jongste leerlingen (12-14 jaar) bevraagd tijdens het schooljaar 2007-2008 heeft 1% ooit cocaïne gebruikt, bij de 15-16-jarigen is dit 2% en voor de oudste leerlingen 5%. Het percentage scholieren dat het **laatste jaar** cocaïne heeft gebruikt, stijgt eveneens over de drie leeftijdsgroepen: van 0,3% bij de 12-14-jarigen over 1% bij de 15-16-jarigen tot 2% bij de 17-18-jarigen. Als cocaïne gebruikt wordt, gebeurt dat in alle leeftijdsgroepen vooral op **occasionele** basis.
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

ONDERWIJSNIVEAU (TWEEDE EN DERDE GRAAD SECUNDAIR ONDERWIJS)

Wanneer voor het schooljaar 2007-2008 de verschillende onderwijsvormen worden vergeleken, komt **ooit-gebruik** van cocaïne het minst voor bij leerlingen uit het ASO (2%), gevolgd door het TSO/KSO (4%). Van de leerlingen in het BSO heeft 8% ooit cocaïne gebruikt.
In het ASO gebruikt 1% van de leerlingen het **laatste jaar** cocaïne. In het TSO/KSO gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar cocaïne, in het BSO 3%. Regelmatig gebruik van cocaïne, namelijk minstens een keer per week, komt in geen enkele onderwijsvorm voor. Cocaïne wordt vooral **occasioneel** gebruikt door leerlingen uit het TSO/KSO (2%) en het BSO (3%).
Vanwege de kleine aantallen en vanwege een verschillende steekproeftrekking kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

Samengevat

3% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd, heeft ooit cocaïne gebruikt. 1% gebruikt het laatste jaar cocaïne, vrijwel uitsluitend occasioneel.
Tussen schooljaar 2000-2001 en 2007-2008 is het ooit-gebruik van cocaïne licht gestegen, met een tussentijdse daling in schooljaar 2005-2006.

Meer jongens (4%) dan meisjes (2%) hebben ooit cocaïne gebruikt. Vooral jongens gebruiken het laatste jaar cocaïne (2% tegenover 1% van de meisjes).
Cocaïnegebruik neemt sterk toe met de leeftijd: van de 17-18-jarigen gebruikt 5% ooit cocaïne en 2% het laatste jaar.
Bij leerlingen uit het ASO wordt cocaïnegebruik weinig vastgesteld. In het TSO/KSO gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar cocaïne, in het BSO gebruikt 3% van de leerlingen het laatste jaar cocaïne.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

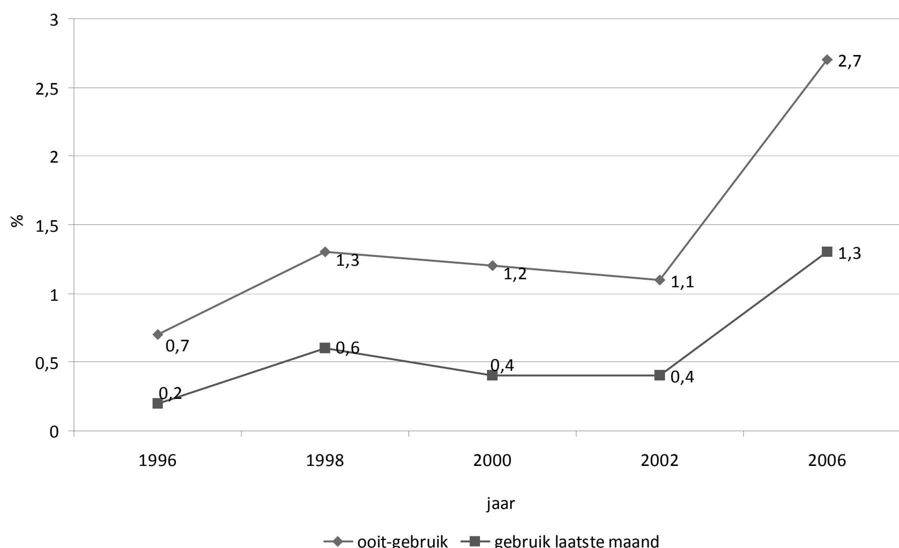
3.2.1.2 *HBSC-studie*

Over gebruik van cocaïne door de leerlingen in het secundair onderwijs (12-18 jaar) kunnen de gegevens van de HBSC-studies uit 1996, 1998, 2000, 2002 en 2006 vergeleken worden (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). De studie gaat na hoeveel keer leerlingen ooit cocaïne gebruikten en hoeveel keer dat in de laatste maand gebeurde. Daarnaast wordt gevraagd of men gemakkelijk aan cocaïne kan komen.

3% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, hebben **ooit** cocaïne gebruikt (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). Naar het gebruik van cocaïne tijdens de **laatste 12 maanden** is in de HBSC-studie niet gevraagd. Gedurende de **laatste maand** gebruikt 1% van de bevraagde leerlingen cocaïne.

Het percentage leerlingen dat ooit cocaïne heeft gebruikt, stijgt van 1% in 1996 tot 3% in 2006. De toename doet zich vooral voor tussen 2002 en 2006. Gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand komt in 1996 niet voor terwijl in 2006 1% van de leerlingen de laatste maand cocaïne gebruikt. Gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand is ook vooral tussen 2002 en 2006 toegenomen.

Grafiek 19 – Evolutie van het cocaïnegebruik bij scholieren van 12 tot en met 18 jaar in Vlaanderen, vanaf 1996



Bron: Hublet, Vereecken & Maes, 2008

SEKSE

Uit het onderzoek van 2006 blijkt dat dubbel zoveel jongens (4%) als meisjes (2%) **ooit** cocaïne hebben gebruikt.

Dubbel zoveel jongens (2%) als meisjes (1%) gebruiken tijdens de **laatste maand** cocaïne. Het gaat vooral om occasioneel gebruik (1-2 keer).

Zowel bij jongens als meisjes neemt het **ooit-gebruik** en het gebruik van cocaïne **tijdens de laatste maand** tussen 1996 en 2006 toe.

LEEFTIJD

Het **ooit-gebruik** van cocaïne neemt toe met de leeftijd. In 2006 zegt 1% van de bevraagde 12-14-jarigen dat ze ooit cocaïne hebben gebruikt tegenover 3% van de 15-16-jarigen en 6% van de 17-18-jarigen.
Bij de jongste leerlingen komt cocaïnegebruik tijdens de **laatste maand** nagenoeg niet voor. In 2006 gebruikt 1% van de 15-16-jarigen en 3% van de 17-18-jarigen de laatste maand cocaïne, vooral occasioneel (1-2 keer).

Tussen 1996 en 2006 is het **ooit-gebruik** van cocaïne bij alle leeftijdsgroepen maar vooral bij de oudste leerlingen toegenomen. In 1996 heeft 1% van de scholieren tussen 17 en 18 jaar ooit cocaïne gebruikt, in 2006 is dat 6%.
Ook in het gebruik van cocaïne tijdens de **laatste maand** is er vooral bij de 17-18-jarigen een toename te zien tussen 1996 en 2006. In 1996 gebruikt 1% van de 17-18 jarige leerlingen de laatste maand cocaïne, in 2006 is dat 3%. In 1996 komt frequent gebruik van cocaïne niet voor. In 2006 gebruikt 1% van de 17-18-jarigen de afgelopen maand 3 keer of meer cocaïne.

ONDERWIJSNIVEAU

Wanneer de verschillende onderwijsvormen vergeleken worden, blijkt dat in 2006 2% van de leerlingen uit het ASO **ooit** cocaïne heeft gebruikt in vergelijking met 5% en 7% van de leerlingen uit respectievelijk het TSO en het BSO.
In het TSO (2%) en het BSO (4%) zijn er meer leerlingen die de **laatste maand** cocaïne gebruiken, vergeleken met het ASO (1%). 3 keer of meer cocaïne gebruiken gedurende de laatste maand komt het meest voor bij de leerlingen uit het BSO (1%).

In alle onderwijsvormen zijn er in 2006 meer **ooit-**gebruikers van cocaïne dan in 1996. De toename is het grootst voor leerlingen in het BSO.
In het TSO en het BSO is het percentage leerlingen dat de **laatste maand** cocaïne gebruikt tussen 1996 en 2006 toegenomen van 1% naar 2% in het TSO en van 1% naar 4% in het BSO.

Samengevat

3% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, hebben ooit cocaïne gebruikt. 1% van de leerlingen gebruikt de laatste maand cocaïne.
Zowel het ooit-gebruik als het gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand is tussen 1996 en 2006 toegenomen, en dit zowel bij jongens als meisjes.

Dubbel zoveel jongens als meisjes gebruiken cocaïne.
Cocaïnegebruik neemt toe met de leeftijd: 6% van de 17-18-jarigen gebruikt

ooit cocaïne, 3% gebruikt de laatste maand. Tussen 1996 en 2006 is het ooit-gebruik van cocaïne en het gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand bij alle leeftijdsgroepen maar vooral bij de oudste leerlingen toegenomen.
In het ASO is het percentage leerlingen dat ooit of de laatste maand cocaïne gebruikte het laagst. Het percentage leerlingen dat ooit of de laatste maand cocaïne gebruikte is vooral in het BSO toegenomen tussen 1996 en 2006.

3.2.1.3 *ESPAD-studie*

Voor cocaïne en crack wordt in de ESPAD-studie nagegaan hoeveel keer leerlingen deze middelen ooit gebruiken. In de studie van 2003 wordt ook het gebruik tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand nagegaan maar deze vragen zijn niet meer opgenomen in de ESPAD-studie van 2007.

In de ESPAD-studie van 2007 zegt 4% van de leerlingen dat ze **ooit cocaïne** hebben gebruikt en 2% dat ze **ooit crack** hebben gebruikt (tabel 24) (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). Voor 2007 zijn er geen gegevens over het gebruik van cocaïne en crack tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand. In 2003 gebruikt 1% het laatste jaar of de laatste maand cocaïne. 1% gebruikt tijdens het laatste jaar crack maar crackgebruik tijdens de laatste maand komt nagenoeg niet voor.

Ooit-gebruik van crack blijft tussen 2003 en 2007 op hetzelfde peil. In 2007 zijn er meer leerlingen die zeggen ooit cocaïne gebruikt te hebben, vergeleken met 2003 (4% versus 2%).

SEKSE

In 2003 zijn er nog iets meer jongens dan meisjes die ooit **cocaïne** gebruikt hebben maar in 2007 is dat sekse verschil weggewerkt (tabel 24).
In 2003 gebruiken evenveel jongens als meisjes tijdens het laatste jaar of tijdens de laatste maand cocaïne.

Tabel 24 – Frequentie van ooit-gebruik van cocaïne en crack bij scholieren van 15 tot 16 jaar in Vlaanderen, 2003 en 2007 (%)

Cocaïne	**2003**			**2007**		
Aantal keer gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	97,1	2,1	0,8	96,2	2,7	1,1
Meisjes	98,2	1,2	0,6	96,0	2,5	1,5
Totaal	**97,6**	**1,7**	**0,7**	**96,1**	**2,6**	**1,3**
Crack	**2003**			**2007**		
Aantal keer gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	97,4	1,4	1,2	97,7	1,8	0,5
Meisjes	99,4	0,5	0,1	98,9	0,5	0,6
Totaal	**98,4**	**0,9**	**0,7**	**98,3**	**1,2**	**0,5**

Bron: Lambrecht & Andries, 2003, 2007

Dubbel zoveel jongens als meisjes hebben ooit **crack** gebruikten (tabel 24). Tussen 2003 en 2007 zijn daarin geen verschillen. In 2003 komt gebruik van crack tijdens het laatste jaar of tijdens de laatste maand enkel voor bij jongens.

Samengevat

In 2007 zegt 4% van de leerlingen die bevraagd zijn in de ESPAD-studie dat ze ooit cocaïne hebben gebruikt, 2% dat ze ooit crack hebben gebruikt. Voor 2007 zijn er geen gegevens over het gebruik van cocaïne en crack tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand.
Het gebruik van cocaïne is tussen 2003 en 2007 toegenomen, terwijl het ooit-gebruik van crack op hetzelfde peil blijft.

Evenveel jongens als meisjes hebben ooit cocaïne gebruikt. Dubbel zoveel jongens als meisjes hebben ooit crack gebruikt.

3.2.1.4 *Trends in cocaïnegebruik door scholieren*

De resultaten van de drie bevragingen over middelengebruik die in Vlaanderen plaatsvinden bij scholieren in het secundair onderwijs zijn niet volledig vergelijkbaar aangezien ze met een andere doelstelling zijn opgezet en een andere methodologie (o.a. andere vragenlijst) volgen. Ooit-gebruik van cocaïne komt in de drie studies aan bod. Laatstejaarsgebruik van cocaïne wordt enkel in de VAD-leerlingenbevraging en in de ESPAD-studie van 2003 bevraagd. Gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand komt enkel in de HBSC-studie en in de ESPAD-studie van 2003 aan bod. In de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie worden leerlingen in heel het secundair onderwijs bevraagd, terwijl de ESPAD-studie zich concentreert op 15-16-jarigen.

3% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd, heeft ooit cocaïne gebruikt. De laatste HBSC-studie geeft hetzelfde percentage ooit-gebruikers van cocaïne. In de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 1% het laatste jaar cocaïne, vrijwel uitsluitend occasioneel. Van de leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt 1% de laatste maand cocaïne.
Uit de resultaten van de leerlingenbevraging blijkt dat het ooit-gebruik van cocaïne tussen het schooljaar 2000-2001 en 2007-2008 licht gestegen is, met een tussentijdse daling in schooljaar 2005-2006. In de HBSC-studie is daarnaast ook het gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand tussen 1996 en 2006 toegenomen.

Dubbel zoveel jongens als meisjes gebruiken cocaïne. Deze tendens komt zowel uit de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie naar voor. Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de resultaten van de HBSC-studie blijkt dat cocaïnegebruik (ooit-gebruik en gebruik tijdens de laatste maand) bij jongens en meisjes tussen 1996 en 2006 is toegenomen. In de ESPAD-studie hebben evenveel jongens als meisjes ooit cocaïne gebruikt, maar

hebben dubbel zoveel jongens als meisjes ooit crack gebruikt.

Cocaïnegebruik neemt sterk toe met de leeftijd: van de 17-18-jarigen bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 5% ooit cocaïne en 2% het laatste jaar. In de HBSC-studie is het ooit-gebruik van cocaïne door 17-18-jarigen vergelijkbaar. 3% van de 17-18-jarigen in de HBSC-studie gebruikt de laatste maand cocaïne.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de leeftijdsspecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Volgens de HBSC-studie is tussen 1996 en 2006 het ooit-gebruik van cocaïne en het gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand bij alle leeftijdsgroepen maar vooral bij de oudste leerlingen toegenomen.

Bij leerlingen uit het ASO wordt cocaïnegebruik weinig vastgesteld: 1% van de leerlingen in het ASO bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar cocaïne. In het TSO/KSO gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar cocaïne, in het BSO gebruikt 3% van de leerlingen. Gelijkaardige verschillen in onderwijsniveau worden vastgesteld in de HBSC-studie.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers volgens onderwijsniveau uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de HBSC-studie blijkt dat het percentage leerlingen dat ooit of de laatste maand cocaïne gebruikte vooral in het BSO is toegenomen tussen 1996 en 2006.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 4% ooit cocaïne gebruikt en 2% crack. Naar gebruik van crack wordt in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie niet gevraagd. Het ooit-gebruik van cocaïne is hoger in de ESPAD-studie dan bij dezelfde leeftijdsgroep in de VAD-leerlingenbevraging (2%) of de HBSC-studie (3%). Gebruik van cocaïne tijdens het laatste jaar of de laatste maand (gemeten in de ESPAD-studie van 2003) komt wel overeen met de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie.
De ESPAD-studie toont voor deze leeftijdsgroep een stijgende tendens in ooit-gebruik van cocaïne tussen 2003 en 2007, terwijl het ooit-gebruik van crack op hetzelfde peil blijft.

3.2.2 Cocaïnegebruik door studenten in het hoger onderwijs

Het onderzoek dat in 2005 is uitgevoerd bij de AUHA-studentenpopulatie peilt naast cannabisgebruik ook naar het gebruik van cocaïne door studenten (Rosiers & Van Hal, 2007)[81]. 7% van de AUHA-studenten heeft ooit cocaïne gebruikt. Het afgelopen jaar gebruikt 3% van de studenten hoger onderwijs in Antwerpen cocaïne.

---

81 De methodologie van dit onderzoek is beschreven in paragraaf 2.2.2.

SEKSE

Sekseverschillen kunnen niet beschreven worden gezien het lage aantal studenten dat cocaïne gebruikt.

PERIODE

Regelmatig gebruik van cocaïne komt niet voor tijdens de examenperiodes en zelden tijdens het academiejaar of tijdens de vakantieperiodes (tabel 25)[82]. Als studenten cocaïne gebruiken, doen ze dat vooral occasioneel. Binnen de AUHA-studentenpopulatie zijn er geen studenten die dagelijks cocaïne gebruiken.

Tabel 25 – Frequentie van cocaïnegebruik, per periode (enkel laatstejaarsgebruikers) door de AUHA-studentenpopulatie, 2005

	Niet	Minder dan of 1 keer per maand	Minder dan 1 keer per week, meer dan 1 keer per maand	1 keer per week	Meer dan 1 keer per week, minder dan dagelijks	Dagelijks
Academiejaar	56,0%	32,0%	6,0%	6,0%	0,0%	0,0%
Examenperiode	90,2%	7,8%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Vakantieperiode	32,0%	52,0%	8,0%	6,0%	2,0%	0,0%

Bron: Rosiers & Van Hal, 2007

BEGINLEEFTIJD

In de groep studenten die ooit cocaïne hebben gebruikt, wordt pas vanaf het zestiende levensjaar voor het eerst cocaïne gebruikt, met name door 8% (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2007). De grootste groep start tussen 17 (14%) en 20 jaar (18%) met cocaïnegebruik. Nadien daalt het percentage studenten dat met cocaïnegebruik begint sterk.

3.3 Cocaïnegebruik door specifieke groepen

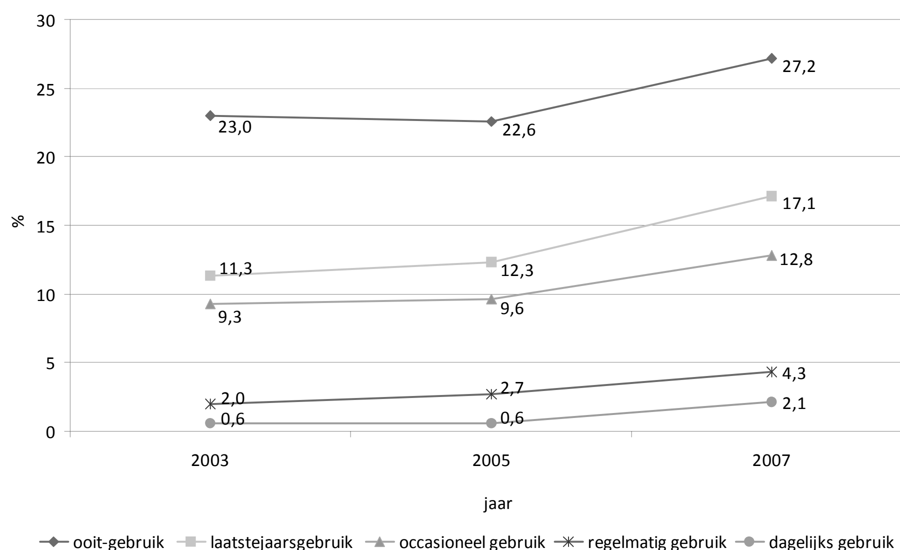
3.3.1 Cocaïnegebruik in het uitgaansleven

In het Partywise-uitgaansonderzoek is tijdens de zomer van 2007 het middelengebruik van 775 uitgaanders bekeken, 62% mannen en 38% vrouwen (Van Havere, 2008)[83]. 17% van de bevraagde uitgaanders heeft in het laatste jaar cocaïne gebruikt (grafiek 20). 13% doet dat op occasionele basis. Het laatstejaarsgebruik van cocaïne is tussen 2003 en 2007 toegenomen van 11% naar 17%.

82 Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week, regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

83 De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.3.1.

Grafiek 20 – Evolutie van cocaïnegebruik door uitgaanders in Vlaanderen, 2003-2007

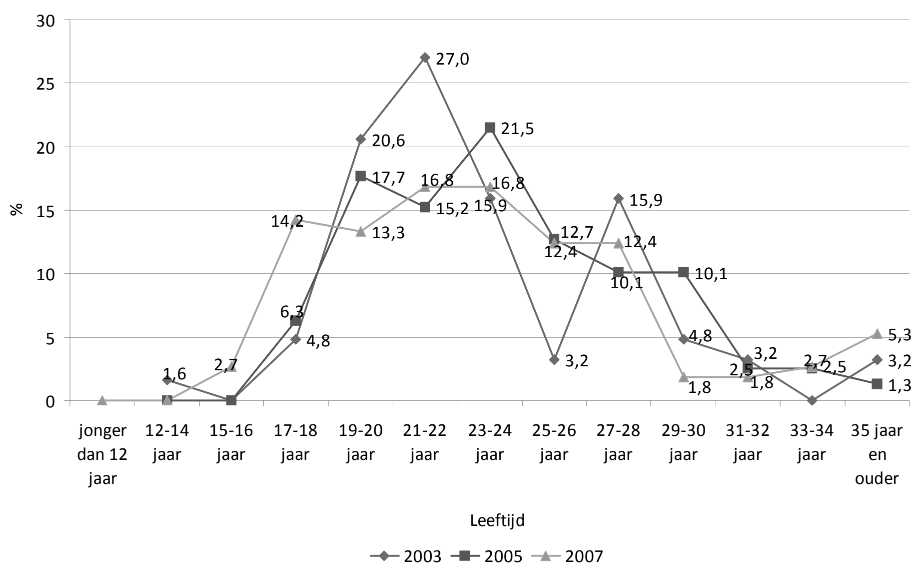


Bron: van Havere, 2008

LEEFTIJD

Van de uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken, zijn de meesten tussen 21 en 24 jaar (34%) (grafiek 21) (Van Havere, 2008).

Grafiek 21 – Evolutie van de leeftijd van uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken in Vlaanderen, 2003-2007



Bron: van Havere, 2008

25% is tussen 25 en 28 jaar. 14% van de cocaïnegebruikers is 17-18 jaar en 3% is tussen 15 en 16 jaar.
De leeftijdsverdeling van uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken, vertoont voor 2003, 2005 en 2007 grotendeels dezelfde tendens. In 2003 zijn er meer cocaïnegebruikers in de leeftijdsgroep 21-22 jaar maar minder gebruikers tussen 25 en 26 jaar. In 2007 is, vergeleken met 2003, het aantal cocaïnegebruikers van 17-18 jaar fel toegenomen (van 5% tot 14%). In 2007 signaleert het uitgaansonderzoek voor het eerst gebruikers van 15-16 jaar en meer gebruikers van 35 jaar en ouder.

SEKSE

In 2007 zijn 8 op 10 uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken mannen en 2 op 10 zijn vrouwen. Tussen 2003 en 2007 is het percentage vrouwen licht gestegen van 19% naar 23%.

GEBRUIKSPATRONEN

Cocaïnegebruik komt meer voor tijdens het uitgaan (63%) dan voor (37%) of na het uitgaan (27%) (Van Havere, 2008). Het percentage gebruikers dat cocaïne tijdens het uitgaan neemt, blijft in de periode 2003-2007 stabiel. Cocaïne wordt vooral in groep gebruikt. Individueel gebruik van cocaïne komt in 2007 veel minder voor dan in 2003.

3.3.2 Cocaïnegebruik door gedetineerden

Onderzoek in de Belgische gevangenissen uit 2006 toont aan dat 39% van de respondenten ooit, binnen of buiten de gevangenis, cocaïne of crack heeft gebruikt (Todts e.a., 2006)[84]. Dat ligt in dezelfde grootteorde als het onderzoek dat in 2003 is uitgevoerd (tabel 26). 9% gebruikt cocaïne of crack tijdens de huidige detentieperiode. Ook hier zijn de percentages van de verschillende jaren vergelijkbaar. 2% heeft cocaïne of crack voor het eerst leren gebruiken in de gevangenis. In 2000 is dit evenwel nog het geval voor drie keer zoveel gedetineerden.

Tabel 26 – Gebruik van cocaïne/crack door gedetineerden in België, 2000-2006 (%)

Ooit-gebruik		Gebruik tijdens huidige detentie			Eerste gebruik in gevangenis		
2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)
35,4	38,7	10,1	11,1	8,8	4,5	3,3	1,6

Bron: Todts e.a., 2006

84 De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 2.3.2.

3.3.3 Cocaïnegebruik door ervaren cannabisgebruikers en cannabistelers

In de interviews met de ervaren cannabisgebruikers in het onderzoek 'cannabis in Vlaanderen' van Decorte e.a. (2003) is nagegaan in welke mate ervaren cannabisgebruikers ervaring hebben met het gebruik van cocaïne of crack. 35% van de ervaren cannabisgebruikers heeft ooit cocaïne gebruikt en 12% gebruikte ook de laatste 3 maand cocaïne (tabel 11 in bijlage). 8% van de geïnterviewde ervaren cannabisgebruikers heeft ooit crack gebruikt, 0,5% de laatste 3 maand.

Decorte en Tuteleers (2007) onderzoeken bij 89 cannabistelers of zij naast cannabis nog andere middelen gebruiken. 67% heeft ooit cocaïne gebruikt en 35% doet dat nog het laatste jaar (tabel 12 in bijlage). 14% heeft de laatste maand cocaïne gebruikt. 7% van de geïnterviewde cannabiskwekers heeft ooit crack gebruikt.

3.3.4 Cocaïnegebruik door ervaren cocaïnegebruikers

Decorte (2000) heeft in de periode augustus 1996 tot april 1997 bij een steekproef van 111 ervaren cocaïne- en crackgebruikers de informele controlemechanismen onderzocht. De respondenten zijn gerekruteerd via een sneeuwbalsteekproef en opgespoord via participerende observatie in het Antwerpse nachtleven. De respondenten gebruiken cocaïne als hoofddrug, ze hebben reeds minstens 25 keer cocaïne gebruikt, zijn minstens 18 jaar oud, hebben geen veroordeling opgelopen voor een wanbedrijf en hebben niet aan een hulpverleningsprogramma deelgenomen. Aan deze laatste twee voorwaarden is niet altijd voldaan: van de 111 personen die zijn geïnterviewd, zijn er 46 veroordeeld en 22 reeds in behandeling geweest.

De 111 cocaïnegebruikers zijn tweemaal bevraagd, de eerste keer met een half gestructureerde vragenlijst, de tweede keer via een open diepte-interview.

De cocaïnegebruikers in dit onderzoek zijn tussen 19 en 64 jaar oud met een gemiddelde leeftijd van 29,2 jaar. Meer dan 60% is tussen 26 en 35 jaar oud. 37% zijn vrouwen en 63% mannen. Een derde van de steekproef heeft een universitair diploma of een HOBU-diploma of studeert nog op deze niveaus. 71% van de respondenten heeft een diploma. 12% is werkloos. De meerderheid van de respondenten is ongehuwd (87%) en 36% woont alleen. 21% heeft één of meer kinderen.

In 2003 zijn de 111 gebruikers uit de originele steekproef van het onderzoek van Decorte (2000) terug opgespoord om na te gaan hoe hun druggebruik geëvolueerd is en welke persoonlijkheids- en omgevingsfactoren daarbij een rol spelen (Decorte & Slock, 2005). 77 personen (69%) zijn bereid gevonden om een interview te geven. De kenmerken van deze 77 personen zijn niet verschillend van de originele steekproef.

Verder worden evoluties in het gebruik van cocaïne op de twee bevragingsmomenten besproken. Daarbij dient opgemerkt dat het dan enkel gaat over de evoluties in het gebruik van cocaïne van deze groep respondenten en niet over cocaïnegebruikers in het algemeen.

BEGINNEN MET COCAÏNEGEBRUIK

De gemiddelde leeftijd waarop de cocaïnegebruikers voor het eerst cocaïne hebben gebruikt is 20 jaar (Decorte, 2000). Bijna alle respondenten hebben al alcohol, tabak en cannabis gebruikt vooraleer ze in aanraking komen met cocaïne. Meer dan de helft heeft reeds amfetamines of LSD gebruikt vooraleer cocaïne te proberen. De initiatie in cocaïnegebruik gebeurt meestal met één vriend of een groep vrienden en bij vrienden thuis. 14% gebruikt voor de eerste keer cocaïne in een discotheek. De eerste keer wordt cocaïne door de meerderheid van de respondenten gesnoven. 5% heeft de eerste keer geïnjecteerd. 67% van de respondenten krijgt de eerste keer cocaïne aangeboden zonder er naar te vragen. 19 respondenten hebben er zelf naar gevraagd en 17 personen hebben het product zelf gekocht.

GEBRUIKSCARRIÈRE

Het eerste jaar dat ze cocaïne regelmatig gebruiken zijn de gebruikers gemiddeld 22,8 jaar (Decorte, 2000). Gemiddeld duurt het 2,8 jaar vooraleer cocaïne op een regelmatige basis gebruikt wordt. De 'topperiode', namelijk de periode waarin het meest cocaïne wordt gebruikt, volgt 1,9 jaar later op een gemiddelde leeftijd van 24,7 jaar. De topperiode duurt gemiddeld 13,5 maanden (ongeveer 1,1 jaar). Tussen het eerste gebruik en de topperiode van gebruik ligt gemiddeld 4,9 jaar.

In het follow-uponderzoek van Decorte en Slock (2005) zijn de individuele gebruikscarrières van de 77 respondenten opnieuw geanalyseerd en daaruit blijkt dat 15 personen (20%) sinds 1997 geen cocaïne meer gebruikt hebben. 25 personen (33%) hebben het laatste jaar geen cocaïne meer gebruikt. 28 respondenten (36%) gebruiken op een laag niveau (minder dan een halve gram per week). Slechts 9 respondenten gebruiken op een hoog niveau (meer dan een halve gram per week).
Velen hebben hun cocaïnegebruik geminderd of gestopt omdat het gebruik niet meer te rijmen valt met nieuwe rollen of verantwoordelijkheden in het leven zoals huwelijk, kinderen, job, ...
Van de respondenten die na 1997 nog cocaïne gebruiken heeft 72% ervaring met freebasen.
Dit onderzoek toont aan dat drugcarrières zeer dynamisch zijn en vaak onregelmatig verlopen. Ideeën over gebruik en de controle erover veranderen doorheen de tijd.

PATRONEN VAN COCAÏNEGEBRUIK

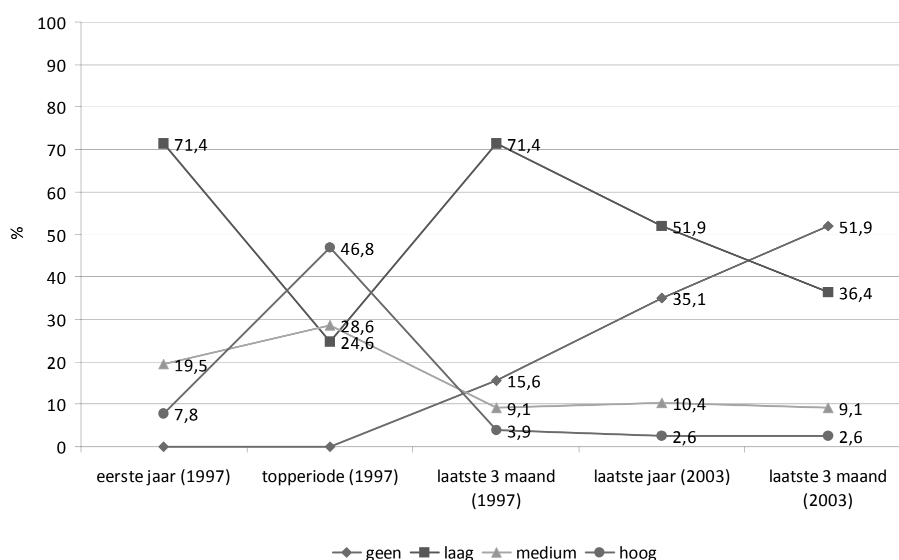
De meeste gebruikers hebben een zeer gevarieerd gebruikspatroon over de tijd waarbij periodes van niet-gebruik afgewisseld worden met periodes van al dan niet intens gebruik[85] (Decorte, 2000). Ook in het follow-uponderzoek blijkt dit het meest voorkomende gebruikspatroon te zijn (Decorte & Slock, 2005).

---

85 Patroon 6 van de 6 types gebruikspatronen die zijn voorgelegd.

Het niveau van gebruik[86] ligt voor de meeste respondenten laag (minder dan 0,5 gram per week) in het jaar waarin men begint te gebruiken (Decorte, 2000). In de topperiode hebben de meesten een hoog gebruiksniveau (meer dan 2,5 gram per week) en de afgelopen drie maanden heeft de meerderheid van de respondenten een laag gebruiksniveau. Dit wordt bevestigd in het follow-uponderzoek (Decorte & Slock, 2005). In de laatste drie maanden voor het interview in 2003 gebruikt de helft van de respondenten zelfs geen cocaïne meer.

Grafiek 22 – Niveau van cocaïnegebruik bij ervaren cocaïnegebruikers in Vlaanderen op verschillende tijdsperiodes (%)



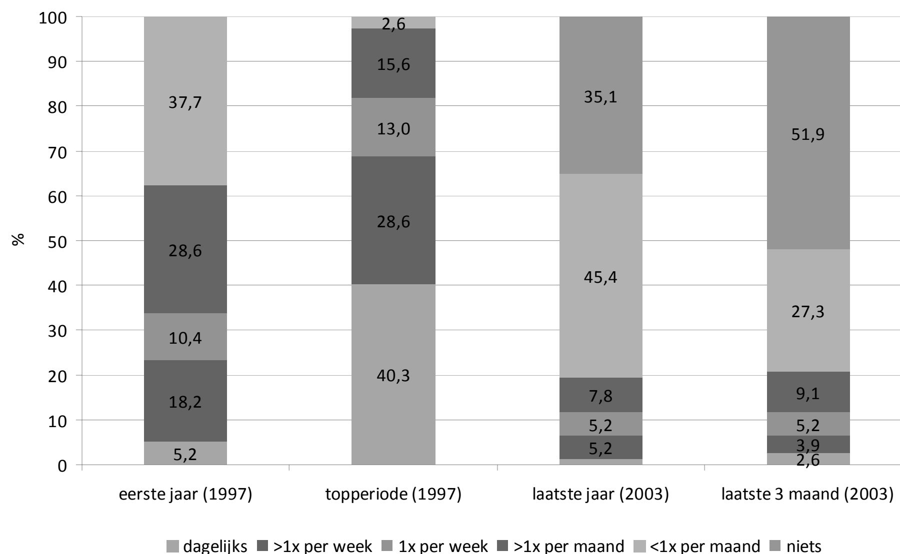
Bron: Decorte & Slock, 2005

De frequentie van gebruik kan voor 1997 en 2003 vergeleken worden (grafiek 23) (Decorte & Slock, 2005). Het dagelijks gebruik van een typische dosis cocaïne kent een sterke stijging tussen het eerste jaar (5%) en de topperiode (40%) (grafiek 23). Het laatste jaar wordt cocaïne door de meesten (45%) sporadisch of niet (35%) gebruikt. De laatste drie maanden gebruikt de helft geen cocaïne.

De onderzoekers gaan na hoe de ervaren cocaïnegebruikers hun cocaïnegebruik over de week spreiden gedurende de afgelopen vier weken (Decorte & Slock, 2005). 54% heeft geen cocaïne gebruikt de afgelopen maand. De overige personen gebruiken vooral in het weekend. Meestal wordt cocaïne gebruikt in gezelschap: op bijeenkomsten met vrienden, wanneer men uitgaat en op feestjes.

86 Binnen het niveau van gebruik worden drie niveaus onderscheiden: een *laag niveau* waar minder dan 0,5 gram per week wordt gebruikt, een *medium niveau* waar tussen 0,5 en 2,5 gram per week wordt gebruikt en tenslotte een *hoog niveau* waar meer dan 2,5 gram per week wordt geconsumeerd.

Grafiek 23 – Regelmaat van het gebruik van een typische dosis cocaïne door cocaïnegebruikers in Vlaanderen



Bron: Decorte & Slock, 2005

Toedieningswijze

Snuiven van cocaïne is de meest voorkomende gebruikswijze voor de groep ervaren cocaïnegebruikers bevraagd in 1997 (tabel 27) (Decorte & Slock, 2005). Intraveneus gebruiken, freebasen, of roken komt in mindere mate voor. Ook na 1997 wordt cocaïne hoofdzakelijk gesnoven. Cocaïne injecteren, gebeurt na 1997 beduidend minder.
Wordt het gebruik tijdens de laatste maand van de twee periodes vergeleken, dan komt in 2003 meer freebasen voor maar ook eten en toepassen op genitaliën. In 1997 zijn er meer cocaïnegebruikers die cocaïne snuiven of injecteren.

58 van de 77 respondenten bevraagd in het follow-uponderzoek hebben in 1997 ooit freebase cocaïne gebruikt (75%) (Decorte & Slock, 2005). In 2003 hebben 62 van de 77 respondenten bevraagd in het follow-uponderzoek ooit freebase cocaïne gebruikt (81%). Zowel in 1997 als in 2003 heeft een minderheid van de respondenten de laatste maand freebase cocaïne gebruikt.

Tabel 27 – Lifetimeprevalentie van diverse toedieningswijzen voor en na 1997 van de gebruikers die na 1997 nog cocaïne blijven gebruiken (n = 62) (%)

Toedieningswijzen voor 1997	Snuiven	Roken	Freebase	Eten	Geslachtsdelen	IV[1]
Altijd	41,9	1,6	0	0	0	8,1
Meestal	27,4	3,2	12,9	1,6	0	6,5
Soms	12,9	16,1	16,1	1,6	1,6	4,8
Zelden	17,8	67,8	43,6	11,3	30,6	11,3
Totaal ooit	100,0	88,7	72,6	14,5	32,2	30,7
Nooit	0	11,3	27,4	85,5	67,8	69,3
Totaal	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Toedieningswijzen na 1997	**Snuiven**	**Roken**	**Freebase**	**Eten**	**Geslachtsdelen**	**IV[1]**
Altijd	51,6	3,2	6,5	4,8	0	4,8
Meestal	17,7	1,6	9,7	0	0	0
Soms	9,7	11,3	17,6	3,2	1,6	9,7
Zelden	11,3	33,9	21,0	8,1	14,5	3,2
Totaal ooit	90,3	50,0	54,8	16,1	16,1	17,7
Nooit	9,7	50,0	45,2	83,9	83,9	82,3
Totaal	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

1 Intraveneus druggebruik

Bron: Decorte & Slock, 2005

3.3.5 Cocaïnegebruik door gebruikers spuitenruil

Sinds 2004 wordt bij alle gebruikers van de Vlaamse spuitenruilpunten in de evaluatievragenlijst specifiek gevraagd naar het gebruik van basecoke. In 2007 gebruikt de helft van de respondenten (52%) basecocaïne (Windelinckx, 2008). Meestal wordt de basecocaïne zelf aangemaakt via de ammoniakmethode.
Met een uitschieter in 2005 is tussen 2004 en 2007 het gebruik van basecocaïne stabiel gebleven. Ongeveer de helft van de gebruikers van spuitenruil gebruikt base coke.

Tabel 28 – Gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen die basecoke gebruiken, 2004-2007

2004 (n = 191)	2005 (n = 175)	2006 (n = 210)	2007 (n = 188)
51,3%	57,1%	49,5%	52,1%

Bron: Windelinckx, 2005-2008

3.4 Cocaïne gecombineerd met ...

In het VAD-uitgaansonderzoek (Van Havere, 2008), het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers (Decorte e.a., 2003) en het onderzoek bij ervaren cocaïnegebruikers (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005) is nagegaan of cocaïne in combinatie met een ander middel gebruikt wordt.

3.4.1 Combigebruik door uitgaanders

In het VAD-uitgaansonderzoek kunnen uitgaanders in een open vraag aanduiden welke middelen zij meestal combineren (Van Havere, 2008). 211 respondenten hebben deze vraag beantwoord. 14% zegt meestal **alcohol met cocaïne** te combineren.

3.4.2 Combigebruik door ervaren cannabisgebruikers

In het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers is aan de respondenten die ooit cocaïne of crack hebben gebruikt, gevraagd hoe vaak ze dat combineren met cannabis (Decorte e.a., 2003). 54% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit cocaïne hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis. 52% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit crack hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis.

3.4.3 Combigebruik door ervaren cocaïnegebruikers

Zowel in de originele als in de follow-upstudie bij ervaren cocaïnegebruikers (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005) wordt cocaïne het vaakst gecombineerd met alcohol en cannabis (tabel 13 in bijlage). 56% van de cocaïnegebruikers combineert cocaïne altijd of vaak met cannabis. Een andere combinatie die vaak voorkomt is cocaïne met opiaten. 18% combineert cocaïne altijd of vaak met opiaten.

3.5 Europese vergelijking van cocaïnegebruik

Cocaïne is in Europa de meest gebruikte illegale drug na cannabis, hoewel het gebruik sterk verschilt per land (EMCDDA, 2008). 4% van de volwassen bevolking tussen de 15 en 64 jaar heeft ooit cocaïne gebruikt. 1% gebruikt het afgelopen jaar cocaïne en 0,5% de laatste maand.
Cocaïnegebruik komt vooral voor in Spanje en het Verenigd Koninkrijk, gevolgd door Italië, Denemarken en Ierland, terwijl het in de meeste andere Europese landen minder voorkomt.

De tabel 29 geeft een overzicht van het cocaïnegebruik in de volwassen bevolking in enkele Europese landen. Vlaanderen scoort lager dan het Europees gemiddelde maar we moeten rekening houden met het feit dat de Vlaamse data reeds dateren van 1994.

Tabel 29 – Cocaïnegebruik bij de bevolking van 15-64 jaar in een aantal Europese landen

Land	Jaar	Ooit-gebruik	Gebruik tijdens laatste jaar	Gebruik tijdens laatste maand
België[87]	1994	0,5%	0,2%	–
Nederland	2005	3,4%	0,6%	0,3%
Frankrijk	2005	2,6%	0,6%	0,2%
Duitsland[88]	2006	2,5%	0,6%	0,2%
Verenigd Koninkrijk	2004	6,5%	2,3%	1,0%
Spanje	2005-2006	7,0%	3,0%	1,6%
Italië	2005	6,6%	2,2%	0,8%
EU		3,6%	1,2%	0,5%

Bron: EMCDDA, 2008; EMCDDA, 2009b

Cocaïnegebruik komt meer voor bij jongvolwassenen (15-34 jaar) (EMCDDA, 2008). Gemiddeld 5% van de Europese jongvolwassenen tussen 15 en 34 jaar hebben ooit cocaïne gebruikt. 2% van de jongvolwassenen gebruikt het laatste jaar cocaïne en 1% de laatste maand.
In de leeftijdsgroep van 15-24 jaar wordt cocaïnegebruik nog hoger geschat. Gemiddeld 3% van de Europese 15-24-jarigen gebruikt het laatste jaar cocaïne.

Op Europees vlak zijn de gegevens over het cocaïnegebruik van scholieren van de ESPAD- en de HBSC-studie goed te vergelijken. De resultaten over cocaïnegebruik zijn echter niet gerapporteerd in het internationaal rapport van het **HBSC-onderzoek** 2005/2006 (Currie e.a., 2008).

In het **ESPAD-onderzoek** van 2007 is enkel gepolst naar het ooit-gebruik van cocaïne en crack (Hibell e.a., 2009) (tabel 30). Het ooit-gebruik van cocaïne bij 15-16 jarigen in Europa varieert van 0% (Rusland) tot 10% (Eiland Man). Het ooit-gebruik van crack bij 15-16 jarigen in Europa varieert van 0% (Armenië, Roemenië en Oekraïne) tot 6% (Frankrijk). Vlaanderen bevindt zich samen met Ierland, Malta en Spanje op de 4de plaats wat betreft het ooit-gebruik van cocaïne en deelt de 5de plaats met heel wat andere landen wat betreft het ooit-gebruik van crack.

De **Eurobarometer**-onderzoeken over jongeren en drugs polsen naar het gebruik van andere middelen dan cannabis in het algemeen maar maken geen onderscheid per middel (EORG, 2002; EORG, 2004).

87 Enkel Vlaanderen.
88 Voor Duitsland gaat het om de 18-64-jarigen.

Tabel 30 – Cocaïnegebruik bij scholieren van 15-16 jaar in een aantal Europese landen, 2007

Land	Ooit-gebruik cocaïne	Ooit-gebruik crack
Frankrijk	5%	6%
Verenigd Koninkrijk	5%	3%
Italië	5%	3%
België (Vlaanderen)	4%	2%
Nederland	3%	2%
Duitsland	3%	2%
EU	3%	2%

Bron: Hibell e.a., 2009

3.6 Gevolgen van cocaïnegebruik

3.6.1 Problematisch gebruik van cocaïne

Wanneer sprake is van problematisch middelengebruik is toegelicht in paragraaf 1.2. In de bevraging van de AUHA-studenten (Rosiers & Van Hal, 2007) is bij de respondenten gepolst of ze zelf problemen hebben ervaren met het gebruik van cocaïne. Hoeveel procent van de bevolking in de problemen komt door cocaïnegebruik is niet bekend. Data uit de hulpverlening geven wel een beeld van het aantal en het profiel van personen dat hulp zoekt omwille van problemen met cocaïnegebruik (zie hoofdstuk 7).

PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN COCAÏNE DOOR STUDENTEN IN HET HOGER ONDERWIJS

Problematisch gebruik van andere illegale drugs dan cannabis wordt in het onderzoek bij Antwerpse studenten in kaart gebracht aan de hand van de 'Drug Abuse Screening Test' (DAST-10) (Van Hal & Rosiers, 2007). Daarvoor worden enkel de respondenten weerhouden die het afgelopen jaar XTC, amfetamines of cocaïne hebben gebruikt. Van deze groep vertoont meer dan 9 op 10 gebruikers risicokenmerken. Bijna de helft vertoont een beperkt risico op drugsmisbruik (47%), een derde van de laatstejaarsgebruikers wordt gekenmerkt door een verhoogd risico (31%) en bij 1 op 7 laatstejaarsgebruikers is er sprake van een sterk verhoogd risico (14%)[89].

89 Op elke DAST-vraag antwoordt de laatstejaarsgebruiker met ja of neen. Elk antwoord levert een score van 0 of 1 op. Zo kan een DAST-10-score tussen 0 en 10 worden berekend. Om deze score te interpreteren, wordt volgend schema gehanteerd: 0 = geen problemen; 1-2 = beperkt risico op problemen, 3-5 = verhoogd risico op problemen, 6-10 = sterk verhoogd risico op problemen.

3.6.2 Effecten van cocaïnegebruik op de gezondheid

In het VAD dossier over cocaïne worden op basis van de wetenschappelijke literatuur de (gezondheids)risico's van cocaïnegebruik uitgebreid besproken (Hermans & Schrooten, 2005). Samengevat kan gesteld worden dat cocaïnegebruik fysiologische risico's heeft. Cocaïne is toxisch voor het **hart** waardoor hartinfarct en hartritmestoornissen kunnen optreden. De risico's op cardiovasculaire effecten worden aanzienlijk groter door gelijktijdig alcoholgebruik. Ter hoogte van de hersenen kunnen de vasculaire problemen leiden tot een **beroerte**. Ook hoofdpijn, epileptische aanvallen en abnormale bewegingen, waaronder tics, kunnen voorkomen. De meeste fysiologische effecten zijn dosisafhankelijk, maar toch kan een lage dosis ook acute fysiologische symptomen veroorzaken. Verder verhoogt cocaïnegebruik de **lichaamstemperatuur**.

Het prettige gevoel dat na cocaïnegebruik optreedt, is na een half uur weg en kan dan omslaan in een somber/teleurgesteld gevoel, de zogenaamde crash (Jellinek, 2009). De crash die volgt op gebruik is meestal intenser dan de vorige en wordt gekarakteriseerd door **depressie**, **vermoeidheid** en **slaapproblemen**. Ook paranoia, angst, hallucinaties (tactiele hallucinatie (psychose) of de 'beestjes-psychose' waarbij gebruikers beestjes onder, op en in de huid voelen kruipen) en obsessief gedrag tijdens de crash kunnen zich voordoen. Andere psychologische problemen die kunnen optreden als gevolg van cocaïnegebruik zijn een laag zelfbeeld, een gevoel van hopeloosheid en een veranderd realiteitsgevoel. Verschillende studies tonen een verhoogd risico op **suïcide** voor cocaïnegebruikers.

Er zijn twee categorieën van neuropsychologische risico's. Enerzijds kunnen **stemmingswisselingen** optreden, onder andere depressie. Anderzijds worden **cognitieve gebreken** vermeld, meer bepaald op het vlak van ruimtelijk inzicht, concentratie, kortetermijngeheugen, maar ook motorische taken, onder andere parkinsonachtige symptomen.
Of cocaïnegebruik neurotoxiciteit, met andere woorden schade aan de zenuwcellen, veroorzaakt is nog onduidelijk.

De risico's van cocaïnegebruik hangen ook samen met de **gebruikswijze**. Door het **snuiven** van cocaïne kunnen er wondjes ontstaan, die niet gevoeld worden, gemakkelijk geïnfecteerd raken en slecht genezen. Dit uit zich in verkoudheden, chronische rinitis, sinusitis, neusbloedingen, verminderd reukvermogen en in verregaande gevallen tot afsterven van het neustussenschot met perforatie.
Het **injecteren** van cocaïne brengt extra gezondheidsrisico's met zich mee. Er zijn enerzijds de risico's die rechtstreeks voortvloeien uit het injecteren zelf en anderzijds de risico's die te maken hebben met het delen van injectiematerialen. Ten slotte zijn er, vergeleken met andere producten, ook specifieke risico's verbonden aan het injecteren van cocaïne. Door de korte werkingsduur van cocaïne komt frequent injecteren (tot 60 maal per dag) bij zware cocaïnegebruikers voor. Hierdoor zullen injecterende cocaïnegebruikers meer schade (aan bloedvaten, weefsel, zenuwen, ...) oplopen. Bovendien zullen door de lokaal verdovende eigenschappen van cocaïne verwondingen niet gevoeld worden. Tenslotte

werkt cocaïne bloedvatvernauwend waardoor injectieverwondingen trager genezen.

Het roken van **crack of freebase** is een extra risico gezien deze methode sneller en makkelijker tot afhankelijkheid van cocaïne leidt. Het roken van crack en freebase is schadelijk voor de longen en kan onherstelbare schade aanrichten. Astma-aanvallen, acuut longsyndroom, klaplong en ontstekingen van de bronchiën zijn mogelijke problemen die zich voordoen.

Bij chronisch gebruik van cocaïne treedt **tolerantie** op. Dit wil zeggen dat een zelfde dosis cocaïne in steeds minder effect ressorteert. De gebruiker moet dus steeds grotere dosissen nemen om hetzelfde effect te bekomen.

Afhankelijkheid van cocaïne kan al na enkele weken of maanden optreden in tegenstelling tot meerdere jaren voor andere afhankelijkheidsproblemen, zoals bijvoorbeeld alcoholafhankelijkheid. Cocaïne hoeft niet noodzakelijk dagelijks gebruikt te worden om toch tot afhankelijkheid te kunnen leiden.

Wanneer een gebruiker stopt met regelmatig cocaïnegebruik, kan hij **ontwenningsverschijnselen** krijgen. Deze verschijnselen treden enkele uren tot dagen op na het stoppen met of verminderen van cocaïnegebruik. Sommige mensen krijgen een typisch ontwenningssyndroom, gekenmerkt door depressie, angst en craving, gevolgd door algemene vermoeidheid en nood aan slaap (een 'crash').

3.6.2.1 *Morbiditeit*

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal personen dat lichamelijke of psychische aandoeningen ondervindt als gevolg van cocaïnegebruik. In de minimale klinische gegevens en de minimale psychiatrische gegevens wordt wel opgetekend hoeveel personen in ziekenhuizen opgenomen worden voor misbruik of afhankelijkheid van cocaïne (zie hoofdstuk 7.6).

3.6.2.2 *Sterfte door cocaïnegebruik*

Het WIV analyseert de **druggerelateerde overlijdens** in **Vlaanderen en Brussel** voor de periode **1998-2004** op basis van het algemeen mortaliteitsregister (Jossels e.a., 2007). Druggerelateerde overlijdens zijn uit dit bestand geselecteerd op basis van de definitie 'selectie B' van het EMCDDA. Tussen 1998 en 2004 zijn in Vlaanderen en Brussel in totaal 467 druggerelateerde doden genoteerd, 384 mannen (82%) en 83 vrouwen (18%).
Van de 467 druggerelateerde doden is in 55% van de gevallen de substantie bekend waaraan de persoon is overleden. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). Cocaïne kan dan een van de gebruikte middelen zijn. In 6% van de gevallen is cocaïnegebruik de doodsoorzaak.

Vlaanderen publiceert ieder jaar statistieken van de doodsoorzaken die per onderliggende doodsoorzaak zijn weergegeven naar sekse en leeftijd (Vlaams

Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b). De laatst verschenen overlijdensstatistieken zijn deze van 2006. Uitgaande van de 'strikte definitie' van het EMCDDA kunnen we daaruit het aantal druggerelateerde overlijdens in Vlaanderen berekenen voor de periode **1998-2006**.
In het Vlaams gewest zijn in de periode 1998-2006 374 personen, 296 mannen en 78 vrouwen, overleden als gevolg van het gebruik van illegale drugs (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b; Vlaamse Overheid, 2004a-b). Directe sterfte door gebruik van cocaïne komt in Vlaanderen in deze periode voor bij 23 personen, 14 mannen en 9 vrouwen. Per jaar zijn er telkens maar een paar cocaïnesterfgevallen waardoor trends moeilijk af te leiden zijn.

Tussen problematisch druggebruik en **suïciderisico** is er een verband (Rosiers, 2007). De relatie met suïcide is het vaakst en meest eenduidig aangetoond voor cannabis, cocaïne en opiaten. Zowel gebruik als afhankelijkheid van cocaïne zijn positief gecorreleerd met het aantal ondernomen suïcidepogingen en dit zowel bij mannen als bij vrouwen (Rosiers, 2007). Illegaledruggebruik, waaronder cocaïnegebruik, wordt ook als suïcidemiddel beschreven. Het gaat dan om bewuste suïcide door middel van overdosis en niet om accidentele overdosis.

Er zijn voor België geen data over het gebruik van cocaïne bij suïcide.

3.6.3 Invloed van cocaïne op het werk en op relaties

In het onderzoek over ervaren cocaïnegebruikers peilt Decorte (2000) bij 84 professioneel actieve ervaren cocaïnegebruikers of ze gedurende de laatste 3 maanden op het **werk** onder invloed van cocaïne zijn geweest. Bij 73% is dat niet het geval. 27% is de afgelopen 3 maand wel onder invloed van cocaïne geweest tijdens de werkuren. Voor de meesten (16%) is dit maar 1 keer voorgevallen.
De cocaïnegebruikers kunnen ook aangeven of cocaïnegebruik een invloed heeft op de kwaliteit van hun werk, de kwantiteit van hun werk en op de relaties met collega's/baas. Voor het grootste deel van de gebruikers heeft cocaïnegebruik geen negatieve maar ook geen positieve invloed op de kwaliteit of de kwantiteit van het werk of op de werkrelaties.

42% van de ervaren cocaïnegebruikers die Decorte en Slock in 2003 interviewen zegt dat cocaïnegebruik een negatieve impact heeft op de **relatie** met de partner. Voor 18% verbetert cocaïnegebruik de seksuele relatie. In de studie van 1997 ligt dit percentage iets hoger. Voor 18% van de respondenten is cocaïnegebruik de oorzaak voor een scheiding of relatiebreuk.

3.6.4 Rijden onder invloed van cocaïne

Een voertuig besturen onder invloed van cocaïne of crack is zowel een gevaar voor de persoon zelf, als voor zijn omgeving (Van Vlierden & Lammar, 2007).

De weinige studies in verband met cocaïnegebruik en rijgedrag suggereren dat

lage dosissen geen effect hebben op de rijprestaties of ze zelfs kunnen verbeteren (door verbetering van de aandacht, de psychomotorische snelheid en het leervermogen) (Raes e.a., 2008; Scheers e.a., 2006). Er wordt wel verwacht dat hogere dosissen een negatief effect hebben op de rijvaardigheid. Chronisch gebruik daarentegen veroorzaakt wel degelijk verschillende tekortkomingen in het rijgedrag en verhoogt compulsief gedrag.

Uit de analyse van de laboratoriumgegevens van de bloedstalen na drugcontroles van de politie blijkt dat in 6% van het totaal aantal stalen voor de periode 2000-2004 cocaïne wordt aangetroffen en in 17% van de stalen benzoylecgonine[90] (Scheers e.a., 2006). Dat betekent dat na THC en XTC, cocaïne het illegaal middel is dat het meest wordt aangetroffen bij bestuurders die onder invloed van drugs rijden.
Het percentage bloedstalen waarin cocaïne voorkomt is tussen 2000 en 2004 fel gestegen, namelijk van 1% naar 8%. Het percentage bloedstalen waarin benzoylecgonine voorkomt schommelt nogal maar vertoont eerder een dalende tendens tussen 2000 en 2004.

Raes en Verstraete (2005) hebben voor de periode 2000-2005 bloedstalen geanalyseerd die zijn afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs. De bloedstalen zijn afkomstig van 5 politierechtbanken. Daaruit blijkt dat 72 bestuurders (18%) van de 450 positief waren voor benzoylecgonine. 28 bestuurders (7%) reden onder invloed van cocaïne[91].

3.6.5 Verkeers- en andere ongevallen onder invloed van cocaïne

Epidemiologische studies tonen aan dat cocaïnegebruik het risico om betrokken of verantwoordelijk te zijn in een **verkeersongeval** vergroot (Raes e.a., 2008). Wanneer cocaïne gecombineerd wordt met andere psychoactieve middelen zoals alcohol en/of cannabis dan wordt het risico nog groter (Raes e.a., 2008; Van Vlierden & Lammar, 2007).

In de bloed- en urineanalyses verricht in het kader van de **Belgian Toxicology and Trauma Study** bij verkeersslachtoffers van 14 jaar en ouder die in de periode 1995-1996 op spoeddiensten terecht komen, is bij 1% van de slachtoffers cocaïne aangetroffen (tabel 6 in bijlage) (Meulemans e.a., 1996). Het gaat vooral om bestuurders tussen 18 en 24 jaar (tabel 7 in bijlage).

Tussen 2000-2004 zijn 123 processen-verbaal opgemaakt op basis van artikel 37bis voor rijden onder invloed van drugs naar aanleiding van een ongeval met gekwetsten en 24 naar aanleiding van een dodelijk ongeval (Scheers e.a., 2006). In 12 bloedstalen is benzoylecgonine aangetroffen, 10 bij letselongevallen en 2 bij dodelijke ongevallen.

---

[90] Benzoylecgonine is een metaboliet van cocaïne die ontstaat na metabolisme of biotransformatie in het menselijk lichaam.

[91] De percentages zijn berekend op het totaal aantal bloedstalen waarin de aanwezigheid van middelen boven de wettelijke grenswaarde is gevonden (n = 402).

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het voorkomen van cocaïnegebruik bij **andere ongevallen**.

3.6.6 Cocaïnegerelateerde criminaliteit

De politiestatistieken geven een overzicht van de geregistreerde feiten in verband met cocaïne. Bij de parketten vindt een jaarlijkse registratie van druggebruikers plaats dewelke een zicht geeft op het aantal cocaïnegebruikers. Andere gegevens in verband met de gerechtelijke afhandeling maken geen onderscheid naar het middel (bv. parketstatistiek, veroordelingsstatistiek, statistiek van de jeugdparketten, ...).

3.6.6.1 *Misdrijven in verband met cocaïne geverbaliseerd door de politiediensten*

OVERTREDINGEN VAN DE DRUGWETGEVING

In 2007 heeft in Vlaanderen 10% van het totaal aantal geregistreerde misdrijven te maken met cocaïne. Het aantal criminele feiten dat de politie in verband met cocaïne registreert in de ANG is zowel in België als in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 toegenomen (tabel 31).

Tabel 31 – Aantal door de politiediensten geregistreerde feiten in verband met cocaïne, 2004-2007

België	2004	2005	2006	2007
Bezit	950	970	1.205	1.261
Gebruik	866	817	986	1.060
Fabricatie	2	1	4	1
Handel	936	1.069	1.027	1.164
In- en uitvoer	310	370	448	443
Totaal	**3.064**	**3.227**	**3.670**	**3.929**
Totaal feiten illegale drugs	*35.257*	*35.718*	*36.455*	*39.073*
Vlaams Gewest	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Bezit	450	504	643	686
Gebruik	523	510	597	720
Fabricatie	2	0	3	0
Handel	497	587	575	668
In- en uitvoer	124	156	247	255
Totaal	**1.596**	**1.757**	**2.065**	**2.329**
Totaal feiten illegale drugs	*20.802*	*22.244*	*22.638*	*24.146*

Bron: Federale politie, 2008a

In Vlaanderen (+46%) is er een sterkere stijging merkbaar dan in heel België (+28%). Zowel in België als in Vlaanderen registreert de politie vooral meer feiten in verband met in- en uitvoer van cocaïne. Daarnaast neemt ook het aantal geregistreerde feiten in verband met cocaïnebezit toe.
Op Belgisch niveau houden de meeste feiten voornamelijk verband met bezit van cocaïne en vervolgens handel en gebruik. In Vlaanderen hebben de meeste geregistreerde feiten betrekking op cocaïnegebruik. Op de tweede plaats komt cocaïnebezit en vervolgens cocaïnehandel.

ANDERE DRUGGERELATEERDE CRIMINALITEIT

In het onderzoek van De Ruyver e.a. (2008) dat de druggerelateerde criminaliteit in België in kaart brengt zijn 1.089 politionele dossiers uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties geanalyseerd inzake eigendomsdelicten, geweldsdelicten, seksuele delicten en inbreuken op de drugwetgeving. Voor elk van deze delicten is bekeken welk percentage druggerelateerd is. In totaal is 14% van de geanalyseerde dossiers druggerelateerd (n = 148). In 4% van de bestudeerde dossiers van de verdachten komt cocaïne voor[92] (tabel 8 in bijlage). De combinatie van cocaïne en heroïne komt eveneens in 4% de bestudeerde dossiers van de verdachten voor, de combinatie van cocaïne en cannabis in 3% van de dossiers.
Uit deze studie blijkt verder dat het type middel gerelateerd is aan het delicttype. Na cannabis wordt cocaïne het vaakst genoemd bij de druggerelateerde seksuele delicten. Bij eigendoms- en geweldsdelicten komt cocaïne minder voor.

3.6.6.2 *Cocaïnegebruikers geregistreerd door de parketten*

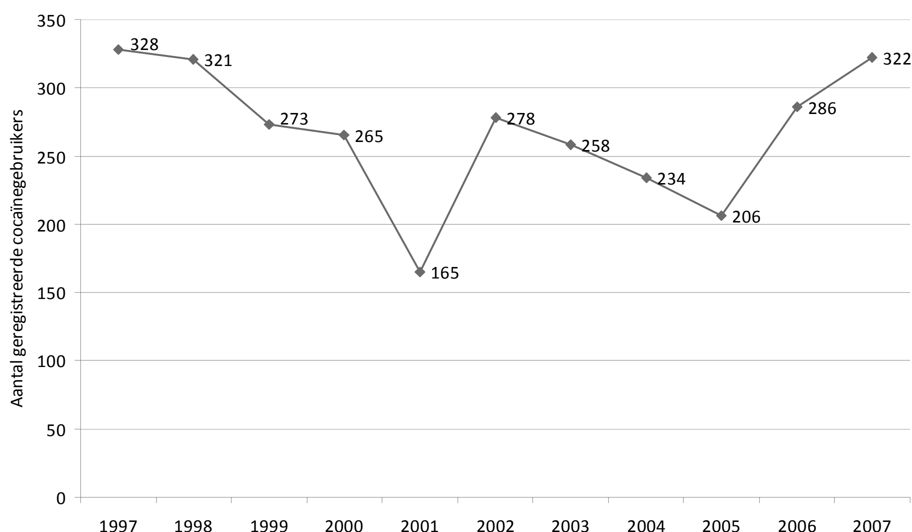
Gegevens over de behandeling van de strafzaken door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg zijn niet beschikbaar volgens middel. Het totaal aantal ingestroomde, afgesloten en hangende zaken is besproken in paragraaf 2.6.6.2.

Uit registratieonderzoek bij geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel blijkt dat in 2007 12% van de druggebruikers, die bij de deelnemende parketten geregistreerd worden, cocaïne gebruikt (tabel 10 in bijlage) (Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005)[93]. In 1997 is dat nog 7%. Tussen 1997 en 2001 daalt het aantal geregistreerde cocaïnegebruikers bij de parketten (grafiek 24). Van 2001 tot 2002 is er een sterke toename waarna zich tot 2005 opnieuw een daling inzet. Vanaf 2005 neemt het aantal geregistreerde cocaïnegebruikers bij de parketten opnieuw een stijgende trend aan.

---

92 Het gaat enkel over de middelen die de verdachte gebruikt/bezit.
93 De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.6.6.2.

Grafiek 24 – Evolutie van het aantal cocaïnegebruikers bij de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

LEEFTIJD

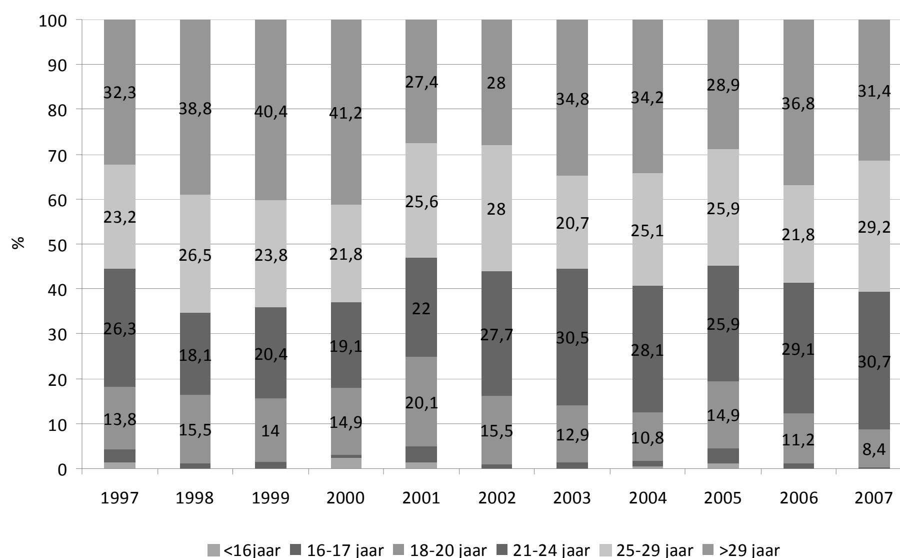
De meeste cocaïnegebruikers geregistreerd bij de parketten zijn 21 jaar of ouder (grafiek 25). In 2007 is 9% van de geregistreerde cocaïnegebruikers bij de parketten 20 jaar of jonger.

In vergelijking met 1997 zijn er heel wat minder jonge cocaïnegebruikers geregistreerd in 2007. In 1997 bedraagt het aandeel cocaïnegebruikers van 20 jaar of jonger nog 18%. Vergeleken met 1997 zijn er in 2007 meer cocaïnegebruikers geregistreerd tussen 21 en 24 jaar en tussen 25 en 29 jaar. Het aandeel cocaïnegebruikers ouder dan 29 jaar schommelt over de jaren heen sterk maar komt in 2007 overeen met 1997.

SEKSE

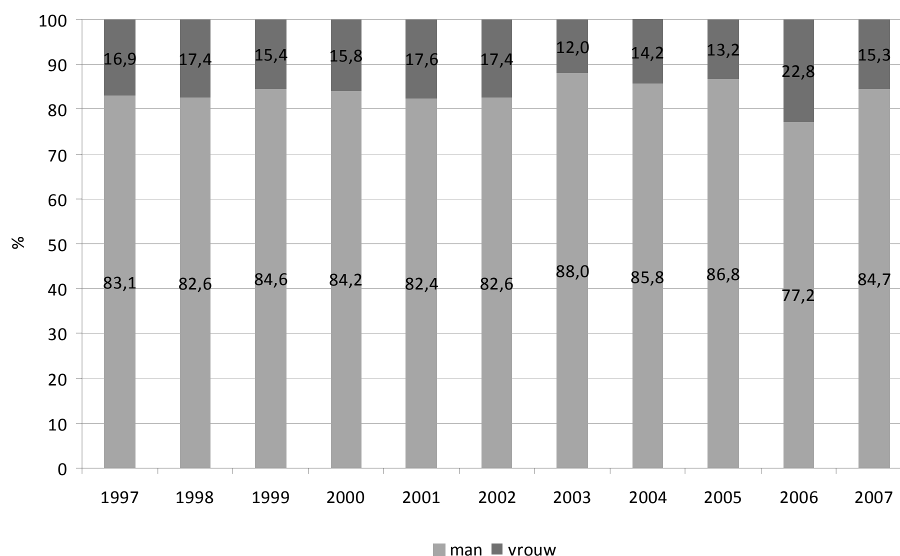
In 2007 is 85% van de geregistreerde cocaïnegebruikers man, 15% is vrouw (grafiek 26). Tussen 2005 en 2006 worden meer vrouwelijke cocaïnegebruikers geregistreerd, maar in 2007 neemt het percentage geregistreerde vrouwen terug af tot het peil van 1997.

Grafiek 25 – Leeftijdsverdeling van cocaïnegebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

Grafiek 26 – Sekseverdeling van cocaïnegebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

3.6.6.3 *Alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers*

Uit het onderzoek van De Ruyver e.a. (2007) waarin gerechtelijke dossiers uit 1999 en 2001 worden onderzocht van personen die een alternatieve afhandeling kregen opgelegd, blijkt dat het in 29% van de dossiers over cocaïnegebruik gaat.
Voorlopige en voorwaardelijke invrijheidsstelling wordt vooral opgelegd aan oudere druggebruikers die gemiddeld vooraan in de dertig zijn en cocaïne gebruiken en die druggerelateerde vermogensdelicten en geweldsdelicten pleegden.

3.6.6.4 *Zelfgerapporteerde criminaliteit*

In het onderzoek over druggerelateerde criminaliteit onderzoeken De Ruyver e.a. (2008) de zelfgerapporteerde criminaliteit via interviews bij 204 druggebruikers en 127 justitiecliënten.
44% van de druggebruikers heeft het afgelopen jaar een eigendomsdelict gepleegd. Gebruikers die minstens een keer per week cocaïne gebruiken, plegen meer eigendomsdelicten vergeleken met gebruikers die niet minstens een keer per week cocaïne gebruiken.

3.7 Aanbod van cocaïne

3.7.1 Beschikbaarheid van cocaïne

In de enquêtes bij scholieren (ESPAD-onderzoek en HBSC-studie) is gevraagd of jongeren gemakkelijk aan cocaïne kunnen komen. Voor volwassenen weten we dat niet. In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de Euregio Scheldemond is grensoverschrijdend aankoopgedrag een van de bevraagde onderwerpen (Lombaert, 2005).

In 2006 gaat de **HBSC**-studie na of leerlingen gemakkelijk aan cocaïne kunnen geraken. De voorgaande jaren is deze vraag niet in de studie opgenomen waardoor geen evoluties kunnen aangegeven worden.
Jongens kunnen gemakkelijker aan cocaïne geraken dan meisjes. 17% van de jongens en 11% van de meisjes zegt dat ze zonder problemen aan cocaïne kunnen geraken.
Oudere leerlingen denken gemakkelijker aan cocaïne te geraken dan jongere leerlingen. 6% van de 12-14-jarigen, 14% van de 15-16-jarigen en 23% van de 17-18 jarigen denkt dat ze zonder problemen aan cocaïne kunnen komen.
21% van de leerlingen uit het TSO en 24% van de leerlingen uit het BSO kunnen gemakkelijk aan cocaïne geraken terwijl dit in het ASO maar voor 13% van de leerlingen geldt.

Uit de **ESPAD-studie** van 2003 blijkt dat 14% van de leerlingen heel

gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan cocaïne denkt te geraken (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). Tussen jongens en meisjes is er zo goed als geen verschil. 13% van de leerlingen gaat ervan uit dat het heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk is om aan crack te geraken. Iets meer jongens (15%) dan meisjes (12%) denken dat dat heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk is. In de ESPAD-studie van 2007 wordt niet meer gevraagd of het moeilijk is om aan cocaïne of crack te geraken.

In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de **Euregio Scheldemond** is gevraagd of men al de Belgisch-Nederlandse grens heeft overgestoken voor de aankoop van cocaïne of crack. Minder dan 1% van de leerlingen heeft dat al gedaan (Lombaert, 2005).

3.7.2 Inbeslagnames van cocaïne

De inbeslagnames van cocaïne betreffen cocaïnepoeder en crack (Federale Politie, 2008d) (tabel 32). In 2007 doen de politiediensten in België 3.671 cocaïnevangsten. 10% van het totaal aantal inbeslagnames betreft cocaïne (tabel 14 in bijlage).
Het aantal vangsten van cocaïne is in 2007 meer dan verviervoudigd vergeleken met 1998. Tegenover 2005 is het aantal cocaïnevangsten met 65% gestegen.
De federale politie merkt vanaf 2006 een toename van de cocaïnesmokkel via België naar andere Europese landen onder andere via de Brusselse luchthaven[94]. Het groter aantal inbeslagnames van cocaïne kan ook verklaard worden door de toegenomen populariteit van cocaïne als uitgaansdrug. Als cocaïne meer gebruikt wordt en meer op openbare plaatsen gebruikt wordt, dan kan het ook makkelijker ontdekt worden door de politiediensten.

Tabel 32 – Aantal inbeslagnames van cocaïne in België, 1998-2007

Jaar	Cocaïne (basen, zouten inclusief crack)
1998	804
1999	556
2000	925
2001	1.087
2002	1.802
2003	1.844
2004	2.880
2005	2.225
2006	3.888
2007	3.656

Bron: Federale Politie, 2008d

94 Informatie uit persoonlijke communicatie met Jessica Dommicent, federale politie.

3.7.3 Prijs van cocaïne

De prijzen van cocaïne die de federale politie jaarlijks berekent en de gecorrigeerde cocaïneprijzen volgens de CPI zijn weergegeven in tabel 33. De prijs van cocaïne per gram is de laatste 10 jaar met 18 EUR gedaald (tabel 33) (Federale politie, 2008c). De gemiddelde prijs voor een gram cocaïne bedraagt in 2007 45 EUR.

Tabel 33 – Gemiddelde straatprijs van cocaïne in België en gecorrigeerde prijs van cocaïne in EUR op basis van de CPI, België, 1997-2007(in EUR)[95]

	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007
Cocaïnepoeder (per gram)	55,8	58,9	55,8	60,1	53,4	44,5	50,3	48,0	48,2
Gecorrigeerde prijs cocaïnepoeder (per gram)	62,9	66,0	61,3	64,4	56,0	45,3	48,6	45,6	44,5

Bron: Federale politie, 2008c; Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2005; Sleiman & Roelands, 2006

In 2003 is het gemiddeld bedrag dat **ervaren cocaïnegebruikers** de laatste maand aan cocaïne besteden 50 EUR (Decorte & Slock, 2005). Cocaïne wordt vooral gekocht van vrienden of van een vaste dealer. In de studie van 2003 zijn er minder respondenten die bij verschillende dealers kopen en meer die zeggen dat ze geen cocaïne kopen.

3.7.4 Zuiverheid van cocaïne

Van substanties die door politiediensten en douane in beslag genomen worden en die gerapporteerd worden via het Early Warning System (EWS) wordt de zuiverheid nagegaan (Lamkaddem & Roelands, 2008). Het gaat zowel om inbeslagnames op gebruikersniveau als om grote inbeslagnames op bijvoorbeeld de luchthaven.
Tussen 2000 en 2006 is de gemiddelde zuiverheid van cocaïne die in België in beslag wordt genomen, afgenomen (tabel 34). In 2000 bevatten de cocaïnestalen gemiddeld 69% cocaïne, in 2006 is dat 53%.

Van de **ervaren cocaïnegebruikers** die Decorte (2000) in de periode 1996-1997 heeft geïnterviewd, denkt 66% dat cocaïne altijd versneden wordt. Van de gebruikers die ook na 1997 cocaïne blijven gebruiken, gaat de meerderheid (87%) ervan uit dat cocaïne altijd versneden wordt (Decorte & Slock, 2005).

95 De prijzen in de tabel zijn de prijzen van illegale middelen zoals de federale politie ze overmaakt aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) voor het jaarlijks Belgisch nationaal rapport. Voor 2002 en 2004 zijn er geen politiecijfers beschikbaar over de gemiddelde prijzen van illegale drugs.

Tabel 34 – Gemiddelde zuiverheid van cocaïne in België, 2000-2006

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
68,6%	63,0%	64,0%	71,4%	55,2%	61,9%	52,7%

Bron: Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2003; Sleiman & Roelands, 2006; Sleiman & Sartor, 2002; WIV, 2001

3.7.5 Cocaïne in afvalwater

Een studie van Van Nuijs e.a. (2008) heeft als doel om via het meten van cocaïne en zijn metabolieten (bv. benzoylecgonine) in het afval- en oppervlaktewater een inschatting te maken van het cocaïnegebruik in België. Daarvoor zijn in 28 waterlopen en het influent van 41 belangrijke rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI) stalen genomen. De staalname is verspreid over twee seizoenen namelijk de zomer en het najaar van 2007 en de winter van 2007-2008. De stalen zijn op zondag en woensdag genomen. De resultaten tonen aan dat cocaïnegebruik geconcentreerd is in het weekend en in de grotere steden. In Antwerpen is het hoogste gebruik gemeten, namelijk 1,83 gram cocaïne per dag per 1.000 inwoners. De onderzoekers berekenen dat in het weekend gemiddeld 1,41 gram cocaïne per dag per 1.000 inwoners van 15-45 jaar wordt gebruikt. In de week wordt dat 1,03 gram per dag.

Onderzoek naar residuen van illegale drugs in (afval)water is relatief nieuw. Bij het aanwenden van dergelijk onderzoek als epidemiologisch instrument voor de analyse van druggebruik in de bevolking zijn al de nodige bedenkingen geformuleerd ondermeer door het EMCDDA. Dergelijk onderzoek roept immers juridische en ethische vragen op.
Dit soort onderzoek is geen alternatief voor de bestaande drugmonitoring (Frost e.a., 2008). Er kan immers geen steekproef genomen worden van een gekende populatie, tenzij via een gesloten watersysteem. Via staalname in een gesloten watersysteem kunnen schattingen op populatieniveau gemaakt worden maar kunnen geen conclusies getrokken worden over individueel gebruik. Zelfs in een gesloten systeem is het moeilijk om vast te stellen of gemeten veranderingen in het afvalwater wijzen op veranderde gebruiksniveaus of op veranderingen in aantal actieve gebruikers (Wiessing e.a., 2008). Focussen op een gesloten watersysteem roept dan weer ethische en privacy vragen op (Frost e.a., 2008). Aangezien voor een dergelijke methode geen individuele toestemming nodig is, kan dit heel bedreigend overkomen. Er moet dan ook meer helderheid komen over de huidige en vereiste wetgeving inzake bemonsteringsprocedures (Frost & Griffiths, 2008).
Daartegenover staat dat de bestaande technieken om druggebruik te schatten evenmin vrij zijn van methodologische moeilijkheden (Frost e.a., 2008). Een voordeel van deze nieuwe techniek is dat het relatief goedkoop en snel kan gebeuren. Afvalwateranalyse kan een bijkomend instrument zijn, complementair

aan bestaande benaderingen in de drugepidemiologie, om collectieve data te genereren. Daarbij moet wel nog rekening gehouden worden met heel wat methodologische en technische vragen (bv. wat is de impact van vervuiling, wat is de impact van zware regen, wat is de impact van de gebruikswijze, ...).
De eindconclusie van het EMCDDA is dat het afvalwateronderzoek nog gepaard gaat met een aantal onzekerheden (Frost & Griffiths, 2008). Er is dan ook verder onderzoek nodig om de bruikbaarheid van deze benadering beter te kunnen inschatten en erachter te komen hoe de resultaten het best geïnterpreteerd kunnen worden.

3.8 Trends in cijfers over cocaïne 1997-2007

In 2001-2002 zegt 2% van de Belgische bevolking van 18 jaar en ouder, bevraagd in het ESEMeD-onderzoek, dat ze ooit cocaïne hebben gebruikt.

3% van de **scholieren in het secundair onderwijs** die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd, heeft ooit cocaïne gebruikt. De laatste HBSC-studie geeft hetzelfde percentage ooit-gebruikers van cocaïne. In de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 1% het laatste jaar cocaïne, vrijwel uitsluitend occasioneel. Van de leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt 1% de laatste maand cocaïne.
Uit de resultaten van de leerlingenbevraging blijkt dat het ooit-gebruik van cocaïne tussen schooljaar 2000-2001 en 2007-2008 licht gestegen is, met een tussentijdse daling in schooljaar 2005-2006. In de HBSC-studie is daarnaast ook het gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand tussen 1996 en 2006 toegenomen.

Dubbel zoveel jongens als meisjes gebruiken cocaïne. Deze tendens komt zowel uit de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie naar voor. Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de resultaten van de HBSC-studie blijkt dat cocaïnegebruik (ooit-gebruik en gebruik tijdens de laatste maand) bij jongens en meisjes tussen 1996 en 2006 is toegenomen.

Cocaïnegebruik neemt sterk toe met de leeftijd: van de 17-18-jarigen in de VAD-leerlingenbevraging heeft 5% ooit cocaïne gebruikt en 2% het laatste jaar. In de HBSC-studie is het ooit-gebruik van cocaïne door 17-18-jarigen vergelijkbaar. 3% van de 17-18-jarigen in de HBSC-studie gebruikt de laatste maand cocaïne.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de leeftijdsspecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Volgens de HBSC-studie is tussen 1996 en 2006 het ooit-gebruik van cocaïne en het gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand bij alle leeftijdsgroepen maar vooral bij de oudste leerlingen toegenomen.

Bij leerlingen uit het ASO wordt cocaïnegebruik weinig vastgesteld: 1% van de

leerlingen in het ASO bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar cocaïne. In het TSO/KSO gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar cocaïne, in het BSO gebruikt 3% van de leerlingen. Gelijkaardige verschillen in onderwijsniveau worden vastgesteld in de HBSC-studie.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers volgens onderwijsniveau uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de HBSC-studie blijkt dat het percentage leerlingen dat ooit of de laatste maand cocaïne gebruikte vooral in het BSO is toegenomen tussen 1996 en 2006.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 4% ooit cocaïne gebruikt, 2% crack. Gebruik van crack wordt in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie niet bevraagd. Het ooit-gebruik van cocaïne is in de ESPAD-studie hoger dan bij dezelfde leeftijdsgroep in de VAD-leerlingenbevraging (2%) of de HBSC-studie (3%). Gebruik van cocaïne tijdens het laatste jaar of de laatste maand (gemeten in de ESPAD-studie van 2003) komt wel overeen met de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie.
De ESPAD-studie toont voor deze leeftijdgroep een stijgende tendens in ooit-gebruik van cocaïne tussen 2003 en 2007 terwijl het ooit-gebruik van crack op hetzelfde peil blijft.

7% van de **AUHA-studenten** die in een enquête in 2005 zijn bevraagd, heeft ooit cocaïne gebruikt, 3% gebruikt het afgelopen jaar cocaïne. Als studenten cocaïne gebruiken, doen ze dat vooral occasioneel. De grootste groep start tussen 17 (14%) en 20 jaar (18%) met cocaïnegebruik.

Volgens het VAD-uitgaansonderzoek gebruikt 17% van de **uitgaanders** het laatste jaar cocaïne. 13% doet dat occasioneel. Het laatstejaarsgebruik van cocaïne is tussen 2003 en 2007 toegenomen van 11% naar 17%.
Van de uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken, zijn de meesten tussen 21 en 24 jaar (34%). 25% is tussen 25 en 28 jaar. 14% van de cocaïnegebruikers is 17-18 jaar en 3% is tussen 15 en 16 jaar.
De leeftijdsverdeling van uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken, vertoont voor 2003, 2005 en 2007 grotendeels dezelfde tendens.
8 op 10 uitgaanders die het laatste jaar cocaïne gebruiken zijn mannen.
Cocaïnegebruik komt meer voor tijdens dan voor of na het uitgaan. Cocaïne wordt vooral in groep gebruikt.

39% van de Belgische **gedetineerden** gebruikte ooit, binnen of buiten de gevangenis, cocaïne, zo blijkt uit een onderzoek van de FOD justitie. In 2006 gebruikt 9% van de gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode cocaïne, dat is iets minder dan in 2000 (10%). Het percentage gedetineerden dat voor het eerst cocaïne in de gevangenis gebruikt, is tussen 2000 en 2006 afgenomen.

Onderzoek onder **ervaren cannabisgebruikers** geeft aan dat 35% ervaring heeft met cocaïnegebruik en 8% met gebruik van crack. 12% van de ervaren cannabisgebruikers heeft de laatste 3 maand cocaïne gebruikt.

67% van de **cannabistelers** die aan een enquête hebben deelgenomen, heeft

ooit cocaïne gebruikt, 7% heeft ooit crack gebruikt. 14% heeft de laatste maand cocaïne gebruikt.

Uit onderzoek op 2 meetmomenten bij een groep **ervaren cocaïnegebruikers** komt naar voor dat de gemiddelde leeftijd waarop zij voor het eerst cocaïne gebruiken 20 jaar is. Regelmatig gebruik start gemiddeld op 22,8 jaar. De periode waarin het meest cocaïne gebruikt wordt, vangt aan op een gemiddelde leeftijd van 24,7 jaar. 67% krijgt de eerste keer cocaïne aangeboden zonder ernaar te vragen. De initiatie in gebruik gebeurt doorgaans met vrienden. De meerderheid begint met het snuiven van cocaïne. Ervaren cocaïnegebruikers gebruiken minder dan 0,5 gram per week in het eerste jaar van gebruik en 2,5 gram per week tijdens de topperiode. De laatste drie maanden gebruikte de helft geen cocaïne meer. Snuiven is de meest voorkomende gebruikswijze. In 2003 komt in vergelijking met 1997 meer freebasen voor bij de bevraagde cocaïnegebruikers.

Van de gebruikers van de Vlaamse **spuitenruilpunten** gebruikt in 2007 52% basecocaïne (crack). Tussen 2004 en 2007 is het gebruik van basecocaïne stabiel gebleven.

In onderzoek bij uitgaanders, bij ervaren cannabisgebruikers en ervaren cocaïnegebruikers is nagegaan in welke mate **cocaïne met andere middelen gecombineerd** wordt. 14% van de bevraagde uitgaanders combineert meestal alcohol met cocaïne. Ervaren cocaïnegebruikers combineren cocaïne het vaakst met alcohol en cannabis of met opiaten. 54% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit cocaïne hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis. 52% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit crack hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis.

België scoort lager dan het **Europees gemiddelde** wat betreft ooit-gebruik van cocaïne, maar er moet bijgezegd dat er geen recente Belgische data zijn over cocaïnegebruik bij 15-64-jarigen.
Vlaanderen bevindt zich samen met Ierland, Malta en Spanje op de 4de plaats wat betreft het ooit-gebruik van cocaïne bij 15-16-jarigen en deelt de 5de plaats met heel wat andere landen wat betreft het ooit-gebruik van crack.

Hoeveel procent van de bevolking in de **problemen** komt **door cocaïnegebruik** is niet bekend.
Problematisch gebruik van andere illegale drugs dan cannabis wordt in het onderzoek bij Antwerpse studenten in kaart gebracht aan de hand van de DAST-10. Van de respondenten die het voorgaande jaar XTC, amfetamines of cocaïne gebruiken, blijkt dat 32% wordt gekenmerkt door een verhoogd risico.

In de periode 1998-2004 is bij 6% van de druggerelateerde **doden** waarbij de substantie bekend is, cocaïnegebruik de doodsoorzaak. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). Daarbij kan cocaïne een van de gebruikte middelen zijn. In Vlaanderen komt directe sterfte door gebruik van cocaïne tussen 1998 en 2006 voor bij 23 personen.

In het onderzoek bij ervaren cocaïnegebruikers zegt 27% van de professioneel actieve respondenten de afgelopen 3 maand onder invloed van cocaïne te zijn

geweest tijdens de **werk**uren. Voor de meesten (16%) is dit maar 1 keer voorgevallen.
Cocaïnegebruik heeft volgens het grootste deel van de ervaren cocaïnegebruikers geen negatieve maar ook geen positieve invloed op de kwaliteit of de kwantiteit van het werk of op de werkrelaties.
Voor 42% van de ervaren cocaïnegebruikers heeft cocaïnegebruik een negatieve impact op de **relatie** met de partner. Voor 18% verbetert cocaïnegebruik de seksuele relatie. Voor 18% van de ervaren cocaïnegebruikers is cocaïnegebruik de oorzaak voor een scheiding of relatiebreuk.

6% van het totaal aantal bloedstalen dat in de periode 2000-2004 gecontroleerd wordt naar aanleiding van **rijden onder invloed** van drugs bevat cocaïne en 17% bevat benzoylecgonine.
Uit bloedstalen van 5 politierechtbanken afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs blijkt dat voor de periode 2000-2005 72 bestuurders van de 450 positief waren voor benzoylecgonine en 28 voor cocaïne.

Onderzoek op spoeddiensten bij slachtoffers van **verkeersongevallen** toont aan dat 1% cocaïne heeft gebruikt.
In 2000-2004 zijn 147 processen-verbaal opgemaakt voor rijden onder invloed van drugs. In 12 bloedstalen is benzoylecgonine aangetroffen.

In 2007 heeft in Vlaanderen 10% van het totaal aantal geregistreerde **misdrijven** door de federale politie te maken met cocaïne (n = 2.329). Meestal gaat het om cocaïnegebruik.
Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met cocaïne is tussen 2004 en 2007 in België met 28% en in Vlaanderen met 46% toegenomen.

Uit onderzoek van 1.089 **politionele dossiers** uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties blijkt dat in 4% van de bestudeerde dossiers van de verdachten cocaïne voorkomt. De combinatie van cocaïne en heroïne komt in 4% van de dossiers voor, de combinatie cocaïne en cannabis in 3%. Na cannabis wordt cocaïne het vaakst genoemd bij de druggerelateerde seksuele delicten.

Van de **geverbaliseerde druggebruikers** in Vlaanderen en Brussel die door de parketten worden geregistreerd in een jaarlijks registratieonderzoek gebruikt 12% cocaïne.
Over de periode 1997-2005 is het aantal druggebruikers die cocaïne gebruiken gedaald. Vanaf 2005 neemt het aantal cocaïnegebruikers toe.
De meeste geregistreerde cocaïnegebruikers zijn 21 jaar of ouder. In 2007 is 9% 20 jaar of jonger. In vergelijking met 1997 zijn er heel wat minder jonge cocaïnegebruikers geregistreerd in 2007. In 1997 bedraagt het aandeel -20-jarigen nog 18%. 85% van de geregistreerde cocaïnegebruikers is man.

Van de gerechtelijke dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart van personen aan wie een **alternatieve maatregel of sanctie** is opgelegd, heeft 29% betrekking op gebruik van cocaïne.

Onderzoek bij druggebruikers toont aan dat 44% van de druggebruikers het afgelopen jaar een **eigendomsdelict** gepleegd heeft. Gebruikers die minstens

een keer per week cocaïne gebruiken, plegen meer eigendomsdelicten vergeleken met gebruikers die niet minstens een keer per week cocaïne gebruiken.

17% van de jongens en 11% van de meisjes uit het secundair onderwijs zeggen **zonder problemen aan cocaïne te kunnen geraken**, zo blijkt uit de HBSC-studie. Oudere leerlingen en leerlingen uit het BSO schatten dit het gemakkelijkst in.
Uit de ESPAD-studie van 2003 blijkt dat 14% van de leerlingen tussen 15 en 16 jaar heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan cocaïne denkt te geraken en dat er tussen jongens en meisjes op dit vlak geen verschil is. 13% van de leerlingen, meer jongens dan meisjes, denkt dat het heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk is om aan crack te geraken.

10% van het totaal aantal **drugvangsten** in 2007 betreft cocaïne. Het gaat om 3.671 inbeslagnames. Tussen 1998 en 2007 is het aantal inbeslagnames van cocaïne verviervoudigd.

De gemiddelde **prijs** per gram cocaïne is de laatste 10 jaar met 18 EUR gedaald. In 2007 kost een gram cocaïne 45 EUR.

Tussen 2000 en 2006 is de gemiddelde **zuiverheid** van cocaïne die in België in beslag wordt genomen, afgenomen. In 2006 bevatten de gecontroleerde cocaïnestalen gemiddeld 53% cocaïne.

Uit een analyse van het **afvalwater** in België is berekend dat in het weekend gemiddeld 1,41 gram cocaïne per dag per 1.000 inwoners van 15-45 jaar wordt gebruikt. In de week is dat 1,03 gram per dag.

4

Hoofdstuk 4

Opiaten (heroïne, methadon)

Opiaten zijn stoffen die uit de papaverplant worden afgeleid (Trimbos Instituut, 2009d). Opium is het gedroogde melksap van de onrijpe papaverbol. Uit ruwe opium wordt het pijnstillende verdovingsmiddel morfine vervaardigd en op basis van morfine kan via een chemische bewerking heroïne gemaakt worden. Opium is de verzamelnaam voor een mengsel van verschillende opiaten zoals morfine, codeïne, thebaïne, papaverine en noscapine.

Opiaten zijn verwant aan pijnstillende stoffen, de endorfines, die van nature in de mens voorkomen. Er zijn ook synthetisch bereide opiaten, met methadon als bekendste middel. Sinds de jaren zestig wordt methadon als vervangingsmiddel voorgeschreven aan zware heroïnegebruikers.
Het gaat in deze publicatie hoofdzakelijk over heroïne en methadon.
Heroïne wordt geïnhaleerd ('chinezen'), ingespoten of gerookt (De DrugLijn, 2009f). Methadon wordt onder de vorm van pillen of een siroop oraal ingenomen (De DrugLijn, 2009k).

4.1 Gebruik van opiaten door de algemene bevolking

Er zijn voor België/Vlaanderen geen cijfers beschikbaar over het gebruik van opiaten in de algemene bevolking.

4.2 Gebruik van opiaten door jongeren

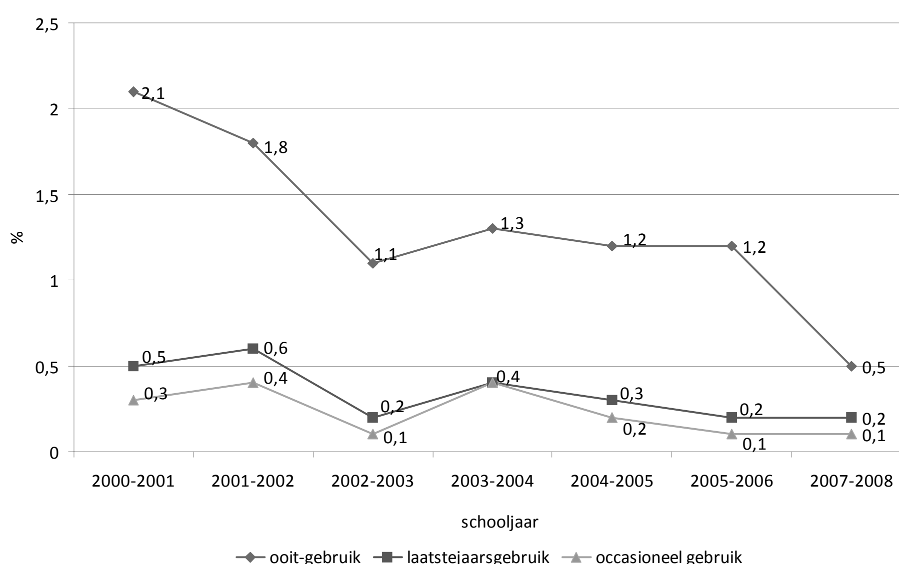
4.2.1 Gebruik van opiaten door scholieren

Om het gebruik van opiaten door scholieren in het secundair onderwijs te beschrijven, doen we beroep op dezelfde studies die peilen naar het cannabisgebruik. Zowel in de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie als de ESPAD-studie wordt bij de leerlingen gepolst naar de frequentie van het gebruik van heroïne. Andere opiaten komen daarin niet aan bod.
Toelichting bij de gebruikte methodologie in deze onderzoeken wordt gegeven in hoofdstuk 2.2.

4.2.1.1 *VAD-leerlingenbevraging*

0,5% van de scholieren, bij wie in het kader van de VAD-leerlingenbevraging tijdens het schooljaar 2007-2008 naar hun druggebruik is gepolst, heeft **ooit** heroïne gebruikt (Kinable, 2009). 0,2% van de leerlingen gebruikt het **laatste jaar** heroïne.
Sinds het schooljaar 2000-2001 is de levens- en de laatstejaarsprevalentie van heroïne – dat in het secundair onderwijs slechts een marginaal gegeven is – gedaald (grafiek 27). De verschillen zijn echter te klein om significant te zijn.

Grafiek 27 – Evolutie van het heroïnegebruik bij scholieren in het Vlaams secundair onderwijs, vanaf schooljaar 2000/2001



Bron: Kinable, 2009

SEKSE

0,7% van de jongens en 0,4% van de meisjes die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging deelnemen heeft **ooit** heroïne gebruikt. Evenveel jongens als meisjes (0,2%) gebruiken **het laatste jaar** heroïne.
Vanwege de kleine aantallen en een verschillende steekproeftrekking kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

LEEFTIJD

Uit de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging van het schooljaar 2007-2008 blijkt dat ooit- en laatstejaarsgebruik van heroïne in het secundair onderwijs een zeer marginaal gegeven is: het gaat telkens slechts om enkele leerlingen, waardoor geen leeftijdsverdeling kan gegeven worden.

Vanwege de kleine aantallen en een verschillende steekproeftrekking kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

ONDERWIJSNIVEAU (TWEEDE EN DERDE GRAAD SECUNDAIR ONDERWIJS)

Wanneer de verschillende onderwijsvormen worden vergeleken, is het **ooit-gebruik** van heroïne tijdens het schooljaar 2007-2008 het laagst bij de leerlingen in het ASO (0,2%), gevolgd door het BSO (1%) en het TSO/KSO (1%).
Er zijn geen verschillen tussen de onderwijsvormen wat betreft het gebruik van heroïne tijdens het **laatste jaar**.
Vanwege de kleine aantallen en een verschillende steekproeftrekking kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

Samengevat

0,5% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd, heeft ooit heroïne gebruikt. 0,2% gebruikt het laatste jaar heroïne.
De levens- en de laatstejaarsprevalentie van heroïne is over de hele periode gedaald. De verschillen zijn echter te klein om significant te zijn.

Meer jongens (0,7%) dan meisjes (0,4%) hebben ooit heroïne gebruikt. Evenveel jongens als meisjes gebruiken het laatste jaar heroïne (0,2%).
Gezien het beperkt aantal leerlingen dat heroïne gebruikt, kan voor de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging geen leeftijdsverdeling gegeven worden.
Bij leerlingen uit het ASO wordt heroïnegebruik weinig vastgesteld (0,2%). In het TSO/KSO en het BSO heeft 1% van de leerlingen ooit heroïne gebruikt.

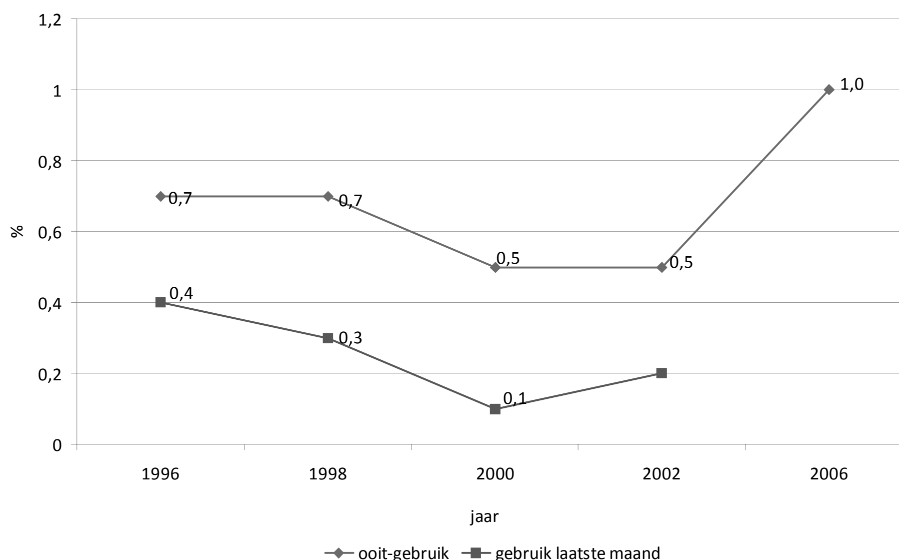
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

4.2.1.2 *HBSC-studie*

Van de HBSC-studie kunnen de data over gebruik van heroïne door de leerlingen in het secundair onderwijs (12-18 jaar) voor de jaren 1996, 1998, 2000, 2002 en 2006 vergeleken worden (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). De studie gaat na hoeveel keer de leerlingen ooit heroïne gebruikt hebben. Naar het gebruik van heroïne tijdens de laatste 12 maanden of tijdens de laatste maand wordt in 2006 niet meer gevraagd. Voor de periode 1996-2002 zijn er wel gegevens over het aantal keer dat de laatste maand heroïne wordt gebruikt.

1% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie werden bevraagd, hebben **ooit** heroïne gebruikt (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). In 2002 zijn er bijna geen leerlingen die zeggen de **laatste maand** heroïne gebruikt te hebben.
Het percentage leerlingen dat ooit of tijdens de laatste maand heroïne gebruikte, blijft over de verschillende jaren ongeveer gelijk.

Grafiek 28 – Evolutie van het heroïnegebruik bij scholieren van 12 tot en met 18 jaar in Vlaanderen, vanaf 1996



Bron: Hublet, Vereecken & Maes, 2008

SEKSE

Uit het onderzoek van 2006 blijkt dat **ooit-gebruik** van heroïne evenveel voorkomt bij jongens (1%) als meisjes (1%). De meeste jongens en meisjes die ooit heroïne hebben gebruikt, doen dat 1 à 2 keer.
Uit de data voor het jaar 2002 blijkt dat gebruik van heroïne tijdens de laatste maand zowel bij jongens als meisjes nagenoeg niet voorkomt.

Bij jongens neemt het **ooit-gebruik** van heroïne tussen 1996 en 2006 af van 2% naar 1%. Het percentage meisjes dat ooit heroïne heeft gebruikt, is in 2006 even hoog als in 1996 namelijk 1%.
In vergelijking met 1996 zijn er in 2002 evenveel jongens en meisjes die de **laatste maand** heroïne hebben gebruikt.

LEEFTIJD

Het **ooit-gebruik** van heroïne neemt toe met de leeftijd. In 2006 gebruikt 1% van de 15-16-jarigen en 2% van de 17-18-jarigen ooit heroïne. Bij de jongste leerlingen komt dit niet voor.
Gebruik van heroïne tijdens de **laatste maand** komt nagenoeg niet voor, zoals blijkt uit de HBSC-data van 2002.

Tussen 1996 en 2006 zijn er geen grote verschillen in het **ooit-gebruik** van heroïne bij de jongste leerlingen. Bij de leerlingen tussen 17 en 18 jaar is het percentage leerlingen dat ooit heroïne heeft gebruikt tussen 1996 en 2006 verdub-

beld. In 1996 komt regelmatig gebruik van heroïne bij deze leeftijdsgroep zo goed als niet voor. In 2006 zegt 1% van de 17-18-jarigen dat ze al 3 keer of meer heroïne hebben gebruikt.
Gebruik van heroïne tijdens de **laatste maand** komt nagenoeg niet voor. Tussen 1996 en 2002 is daarin weinig verschil te merken.

ONDERWIJSNIVEAU

Wanneer de verschillende onderwijsvormen vergeleken worden, blijkt dat in 2006 3% van de leerlingen uit het BSO en 2% van de leerlingen uit het TSO **ooit** heroïne hebben gebruikt. In het ASO zijn er zo goed als geen leerlingen die ooit heroïne hebben gebruikt.
Gebruik van heroïne tijdens de **laatste maand** komt nagenoeg niet voor en dit geldt in 2002 voor alle onderwijsvormen.

In het BSO en het TSO is in 2006 het percentage leerlingen dat **ooit** heroïne heeft gebruikt met 1% toegenomen, vergeleken met 1996.
Gebruik van heroïne tijdens de **laatste maand** komt nagenoeg niet voor en dit geldt voor alle onderwijsvormen. Tussen 1996 en 2002 is daarin weinig verschil te merken.

Samengevat

1% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, hebben ooit heroïne gebruikt. Gebruik van heroïne gedurende de laatste maand komt nagenoeg niet voor.
Het percentage leerlingen dat ooit heroïne heeft gebruikt blijft tussen 1996 en 2006 gelijk.

Ooit-gebruik van heroïne komt evenveel voor bij jongens als meisjes. Bij jongens is er in de periode 1996-2006 een lichte daling te merken in het ooit-gebruik van heroïne.

Heroïnegebruik neemt toe met de leeftijd: 2% van de 17-18-jarigen heeft ooit heroïne gebruikt. Bij de 17-18-jarigen is tussen 1996-2006 het percentage leerlingen dat ooit heroïne heeft gebruikt, verdubbeld.

3% van de leerlingen uit het BSO en 2% van de leerlingen uit het TSO hebben ooit heroïne gebruikt. In het ASO zijn er zo goed als geen leerlingen die ooit heroïne hebben gebruikt. In het BSO en het TSO is het ooit-gebruik van heroïne over de periode 1996-2006 licht gestegen.

4.2.1.3 *ESPAD-studie*

Voor heroïne wordt in de ESPAD-studie nagegaan hoeveel keer de leerlingen dit middel ooit hebben gebruikt. In de studie van 2003 wordt ook het gebruik van heroïne tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand nagegaan maar deze vragen worden niet meer opgenomen in de ESPAD-studie van 2007.

In de ESPAD-studie van 2007 zegt 1% van de leerlingen dat ze ooit heroïne hebben gebruikt (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008) (tabel 35). Voor 2007 zijn er geen gegevens over het gebruik van heroïne tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand. In 2003 gebruiken bijna geen leerlingen het laatste jaar of de laatste maand heroïne.

In 2003 en 2007 zijn er nagenoeg evenveel leerlingen die zeggen dat ze ooit heroïne gebruikt hebben (tabel 35).

SEKSE

In 2007 zijn er evenveel meisjes als jongens die ooit heroïne hebben gebruikt terwijl in 2003 iets meer meisjes ooit heroïne hebben gebruikt (tabel 35). Gebruik van heroïne tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand komt in 2003 zowel bij meisjes als jongens bijna niet voor.
Het percentage meisjes en jongens dat ooit heroïne heeft gebruikt, blijft in 2003 en 2007 op hetzelfde niveau.

Tabel 35 – Frequentie van ooit-gebruik van heroïne bij scholieren van 15 tot 16 jaar, Vlaanderen, 2003 en 2007 (%)

Aantal keer gebruikt	2003			2007		
	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	99,2	0,5	0,3	99,0	1,0	0,0
Meisjes	98,6	0,8	0,6	98,7	1,0	0,3
Totaal	**98,9**	**0,6**	**0,5**	**98,8**	**1,0**	**0,2**

Bron: Lambrecht & Andries, 2003, 2008

Samengevat

In 2007 zegt 1% van de leerlingen die bevraagd zijn in de ESPAD-studie dat ze ooit heroïne hebben gebruikt. Voor 2007 zijn er geen gegevens over het gebruik van heroïne tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand.
In 2003 en 2007 zijn er nagenoeg evenveel leerlingen die zeggen dat ze ooit heroïne gebruikt hebben.
Evenveel jongens als meisjes hebben ooit heroïne gebruikt.

4.2.1.4 *Trends in heroïnegebruik door scholieren*

De resultaten van de drie bevragingen over middelengebruik die in Vlaanderen plaatsvinden bij scholieren in het secundair onderwijs zijn niet volledig vergelijkbaar aangezien ze met een andere doelstelling zijn opgezet, een andere methodologie (o.a. andere vragenlijst) volgen en een andere leeftijdsgroep beogen. Ooit-gebruik van heroïne komt in de drie studies aan bod. Laatstejaarsgebruik van heroïne wordt enkel in de VAD-leerlingenbevraging en in de ESPAD-studie

van 2003 bevraagd. Gebruik van heroïne tijdens de laatste maand komt in de ESPAD-studie van 2003 aan bod. De HBSC-studie polst sinds 2006 niet meer naar het gebruik van heroïne tijdens de laatste 12 maanden of tijdens de laatste maand.

0,5% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd, heeft ooit heroïne gebruikt. In de HBSC-studie van 2006 heeft 1% van de leerlingen ooit heroïne gebruikt. 0,2% van de leerlingen bevraagd via de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar heroïne. Gebruik van heroïne gedurende de laatste maand komt nagenoeg niet voor, zo blijkt uit de HBSC-studie.
Uit de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging blijkt dat de levens- en de laatstejaarsprevalentie van heroïne over de hele periode gedaald is. De verschillen zijn echter te klein om significant te zijn. In de HBSC-studie blijft het ooit-gebruik van heroïne tussen 1996 en 2006 stabiel.

In de VAD-leerlingenbevraging is te zien dat iets meer jongens (0,7%) dan meisjes (0,4%) ooit heroïne hebben gebruikt. In de onderzoeksresultaten van de HBSC-studie is het ooit-gebruik van heroïne door jongens en meisjes niet verschillend (1%). Evenveel jongens als meisjes gebruiken volgens de VAD-leerlingenbevraging het laatste jaar heroïne (0,2%). Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de resultaten van de HBSC-studie blijkt dat het ooit-gebruik van heroïnegebruik bij jongens in de periode 1996 tot 2006 daalt.

Gezien het beperkt aantal leerlingen dat heroïne gebruikt, kan voor de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging geen leeftijdsverdeling gegeven worden. In de HBSC-resultaten neemt heroïnegebruik toe met de leeftijd: 2% van de 17-18-jarigen heeft ooit heroïne gebruikt. Bij de 17-18-jarigen is tussen 1996-2006 het percentage leerlingen dat ooit heroïne heeft gebruikt, verdubbeld.
Bij leerlingen uit het ASO wordt heroïnegebruik weinig vastgesteld. Dat blijkt zowel uit de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie. In het TSO/KSO en het BSO heeft 1% van de leerlingen ooit heroïne gebruikt volgens de VAD-leerlingenbevraging. De resultaten van de HBSC-studie zijn iets hoger: 3% van de leerlingen uit het BSO en 2% van de leerlingen uit het BSO hebben ooit heroïne gebruikt. In het BSO en het TSO is het ooit-gebruik van heroïne over de periode 1996-2006 licht gestegen. Voor de VAD-leerlingenbevraging kunnen de cijfers naar onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.
Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 1% ooit heroïne gebruikt. Het niveau van ooit-gebruik is daarmee hetzelfde als van dezelfde leeftijdsgroep in de HBSC-studie. In 2003 en 2007 zijn er in het ESPAD-onderzoek nagenoeg evenveel leerlingen die zeggen dat ze ooit heroïne gebruikt hebben. De ESPAD-studie vindt geen verschil in ooit-gebruik van heroïne tussen jongens en meisjes.

4.2.2 Gebruik van opiaten door studenten in het hoger onderwijs

In de bevraging bij studenten uit het hoger onderwijs in Antwerpen is niet gevraagd naar het gebruik van opiaten.

4.3 Gebruik specifieke groepen

4.3.1 Gebruik van opiaten in het uitgaansleven

In het Partywise-uitgaansonderzoek is tijdens de zomer van 2007 het middelengebruik van 775 uitgaanders bekeken, 62% mannen en 38% vrouwen (Van Havere, 2008)[96].
Slechts 1% van de uitgaanders heeft het afgelopen jaar **heroïne** gebruikt. In de periode 2003-2007 blijft het heroïnegebruik ongewijzigd.

4.3.2 Gebruik van opiaten door gedetineerden

Van de gedetineerden in Belgische gevangenissen die door de FOD justitie in 2006 zijn bevraagd, zegt 27% dat ze ooit, binnen of buiten de gevangenis, heroïne hebben gebruikt (Todts e.a., 2006)[97]. 12% gebruikt tijdens de huidige detentieperiode heroïne. 6% heeft heroïne voor het eerst leren gebruiken in de gevangenis. Deze cijfers liggen voor de voorgaande jaren in dezelfde lijn (tabel 36).

16% van de respondenten heeft ooit, binnen of buiten de gevangenis, niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine gebruikt (Todts e.a., 2006). 5% gebruikt tijdens de huidige detentieperiode niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine. 2% heeft voor het eerst niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine gebruikt in de gevangenis. De voorgaande jaren zijn deze cijfers vergelijkbaar (tabel 36).

Tabel 36 – Gebruik van heroïne en van niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine door gedetineerden in België, 2000-2006 (%)

	Ooit-gebruik		Gebruik tijdens huidige detentie			Eerste gebruik in gevangenis		
	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)
Heroïne	26,2	27,4	12,6	13,3	12,0	6,6	7,2	5,9
Methadon/ buprenorfine	18,6	16,3	4,9	5,8	4,7	1,2	2,3	2,2

Bron: Todts e.a., 2006

96 De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.3.1.
97 De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 2.3.2.

4.3.3 Gebruik van opiaten door ervaren cannabisgebruikers en cannabistelers

In de interviews met ervaren cannabisgebruikers in het onderzoek 'cannabis in Vlaanderen' van Decorte e.a. (2003) wordt nagegaan in welke mate ervaren cannabisgebruikers ervaring hebben met het gebruik van opiaten. 16% heeft ooit opiaten gebruikt en bij 3% komt dit ook in de laatste 3 maand voor.

Decorte en Tuteleers (2007) hebben bij 89 cannabistelers onderzocht of zij naast cannabis nog andere middelen gebruiken. 25% heeft ooit opiaten gebruikt, 5% doet dat tijdens het laatste jaar en 2% gedurende de laatste maand.

4.3.4 Gebruik van opiaten door ervaren cocaïnegebruikers

Van de ervaren cocaïnegebruikers die door Decorte & Slock (2005) in 2003 geïnterviewd zijn, heeft 73% ooit opiaten gebruikt (tabel 1 in bijlage). De afgelopen twee weken heeft 9% van de cocaïnegebruikers ook opiaten gebruikt. Dat is minder dan in 1997 toen 16% in de afgelopen twee weken opiaten heeft gebruikt.

4.4 Opiaten gecombineerd met ...

In de onderzoeken bij ervaren cannabisgebruikers en ervaren cocaïnegebruikers wordt aan de respondenten die ooit heroïne hebben gebruikt, gevraagd hoe vaak ze dat in combinatie doen met cannabis of cocaïne.
45% van de **ervaren cannabisgebruikers** die ooit opiaten hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis (Decorte e.a., 2003).
18% van de **ervaren cocaïnegebruikers** combineert cocaïne vaak tot altijd met opiaten, zo blijkt uit de originele en de follow-upstudie bij ervaren cocaïnegebruikers (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005)

4.5 Europese vergelijking van opiaatgebruik

Het EMCDDA schat het problematisch gebruik van opiaten op 1 tot 6 gevallen per 1.000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar (EMCDDA, 2008).

De laagste schattingen van problematisch opiaatgebruik gelden voor Cyprus, Letland, Tsjechië en Finland, terwijl de hoogste schattingen afkomstig zijn van Malta, Oostenrijk en Italië.

Injecterende druggebruikers lopen een groter risico op gezondheidsproblemen (Human Immunodeficiency Virus (HIV)/aids, hepatitis en dergelijke) of drugge-

relateerd overlijden. Slechts elf landen beschikken over recente schattingen van het injecterend druggebruik. Tussen de landen zijn er grote verschillen: van 1 tot 5 gevallen per 1.000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar, tot 15 per 1.000 personen.

Op Europees vlak zijn de gegevens over heroïnegebruik van scholieren van de **ESPAD-studie** goed te vergelijken. In het ESPAD-onderzoek van 2007 is enkel gepolst naar het ooit-gebruik van heroïne (Hibell e.a., 2009) (tabel 37). Het ooit-gebruik van heroïne bij 15-16 jarigen in Europa varieert van 0% (Roemenië, Rusland, Oekraïne) tot 3% (Frankrijk, Italië). In Vlaanderen gebruikt 1% van de 15-16-jarigen ooit heroïne. Dat is vergelijkbaar met de meeste andere Europese landen.

Tabel 37 – Heroïnegebruik bij scholieren van 15-16 jaar in een aantal Europese landen, 2007

Land	Ooit-gebruik
Frankrijk	3%
Italië	3%
België (Vlaanderen)	1%
Nederland	1%
Duitsland	1%
Verenigd Koninkrijk	1%
EU	1%

Bron: Hibell e.a., 2009

De resultaten over opiaatgebruik zijn niet gerapporteerd in het internationaal rapport van het **HBSC-onderzoek** 2005/2006 (Currie e.a., 2008).

De **Eurobarometer**-onderzoeken over jongeren en drugs polsen naar het gebruik van andere middelen dan cannabis in het algemeen maar maken geen onderscheid per middel (EORG, 2002; EORG, 2004).

4.6 Gevolgen van opiaatgebruik

4.6.1 Effecten van opiaatgebruik op de gezondheid

Opiaten hebben in vergelijking met andere drugs eigenlijk weinig toxische effecten (van Amsterdam e.a., 2009).
Illegaal gebruik van heroïne gaat vaak gepaard met gezondheidsproblemen, die meestal niet door het middel zelf veroorzaakt worden, maar het gevolg zijn van de slechte sociale en hygiënische omstandigheden waarin veel gebruikers verkeren (van Amsterdam e.a., 2009). Heroïne veroorzaakt immers **geen orgaan- of**

weefselbeschadigingen (Kerssemakers e.a., 2008). Heroïnegebruikers verwaarlozen vaak hun voeding en leiden soms een heel onregelmatig leven en dat kan gevolgen hebben voor hun lichaam (De Druglijn, 2009g). Wie sterk vermagert, heeft **minder natuurlijke weerstand** tegen ziektes en infecties.

Drugs **injecteren** is een gevaarlijke manier van gebruiken (De Druglijn, 2009g). Er kunnen spuitongelukken ontstaan, wondjes kunnen ontsteken. Door vuile naalden te gebruiken of naalden of spuitmateriaal te delen met andere gebruikers, loopt men kans op besmetting met hepatitis en HIV. Tetanus, virale hepatitis, AIDS, ontsteking in de hartkleppen, longontsteking en andere pulmonale complicaties, zoals tuberculose, komen vooral onder injecterende heroïnegebruikers vaker voor en veroorzaken een hoge morbiditeit (van Amsterdam e.a., 2009). Ook kan de longfunctie door het roken of inhaleren aangetast worden en is longoedeem een veel voorkomende doodsoorzaak bij heroïnegebruikers. Sommige intraveneuze heroïnegebruikers krijgen nierinsufficiëntie. Regelmatige gebruikers krijgen vaak last van verstopping en darmproblemen (De Druglijn, 2009g).

Heroïne **onderdrukt** bovendien **pijn** waardoor bepaalde klachten niet of te laat worden gevoeld en daardoor verergeren (Jellinek, 2009). Wie sterk verdoofd is door heroïne heeft ook een grotere kans op **ongevallen** (De Druglijn, 2009g).

Een belangrijk risico van heroïnegebruik is de kans op een **overdosis** (De Druglijn, 2009g). Aangezien een gebruiker nooit weet hoe zuiver de heroïne is, bestaat de kans op een dodelijke dosis. Ook kleine dosissen kunnen fataal zijn als de heroïne versneden is met giftige stoffen. Het risico op overdosis bestaat wanneer men niet gewend is aan de sterkte of als men heroïne gebruikt die sterker is dan hij gedacht had, wanneer andere middelen ernaast gebruikt worden zoals bijvoorbeeld methadon of alcohol, wanneer men gebruikt bij oververmoeidheid of een lage weerstand, wanneer men weer gaat spuiten na een tijd gechineest te hebben of wanneer men dezelfde dosis neemt als vroeger na een tijd stoppen (Jellinek, 2009). Overdosering met methadon komt weinig voor behalve als het gecombineerd wordt met andere sederende drugs of opiaten (van Amsterdam e.a., 2009). Wel is methadon zeer giftig voor iedereen die niet tolerant is voor opiaten en zeker voor kinderen.

Bij vrouwen die heroïne gebruiken, is de menstruatie vaak onregelmatig of blijft ze weg waardoor ze **ongemerkt zwanger** kunnen zijn (Jellinek, 2009).
Opiaten passeren de placenta met als gevolg dat ongeboren **kinderen** van moeders die opiaten gebruiken ook afhankelijk worden van opiaten (Kerssemakers e.a., 2008). Er is een verhoogde kans op vruchtdood en vroeggeboorte. De baby zal na de geboorte onthoudingsverschijnselen vertonen.

Depressie, angst, psychotische en persoonlijkheidsstoornissen komen vaker voor bij opiaatgebruikers dan in de algemene bevolking. Omwille van het angstdempend effect hebben opiaten echter veeleer een gunstig effect op psychosen (Kerssemakers e.a., 2008).

De **sterfte** onder heroïnegebruikers neemt sneller toe dan onder de algemene bevolking (Jellinek, 2009). Naast overdosis en aids zijn de doodsoorzaken levercirrose, kanker, longproblemen, hart- en vaatziekten, zelfdoding, ongevallen en geweld.

Bij langdurig gebruik van opiaten treedt **tolerantie** op wat betekent dat steeds een hogere dosis nodig is voor eenzelfde effect (Kerssemakers e.a., 2008). Gebruikers die lichamelijk afhankelijk zijn van opiaten krijgen **onthoudingsverschijnselen** als ze het gebruik van opiaten stoppen. Bij morfine of heroïne kan dat een paar uur na de laatste toediening. Bij methadon treden pas een dag na het stoppen onthoudingsverschijnselen op. Bij gebruik van grotere hoeveelheden zijn de onthoudingssymptomen ernstiger. Onthoudingsverschijnselen worden gekenmerkt door spierpijn, buikkrampen en diarree, afwisselend warm en koud gevoel, kippenvel of ‘cold turkey’, loopneus, geeuwen, rusteloosheid, versnelde ademhaling, hartkloppingen, verhoogde bloeddruk, verhoogde lichaamstemperatuur en onwillekeurige bewegingen van de benen (van Wilgenburg, 2006).

4.6.1.1 *Morbiditeit*

4.6.1.1.1 HIV

Door gebruik van besmette naalden en door onveilige seks kunnen (injecterende) druggebruikers met HIV besmet worden. Sinds 1984 houdt het WIV gegevens bij van personen die de diagnose HIV-positief kregen (Sasse e.a., 2008). Leeftijd, sekse, nationaliteit en ook het risicogedrag, waaronder injecterend druggebruik, worden opgetekend.
Naast deze jaarlijkse data over HIV-besmetting is er in de periode 2004-2005 ook eenmalig onderzoek gebeurd over HIV-besmetting onder druggebruikers in behandelingscentra en gevangenissen (Plasschaert e.a., 2005). Over HIV-besmetting is ook informatie te vinden in data van De Sleutel en van het spuitenruilproject.

HIV-BESMETTING DOOR DRUGGEBRUIK OP BEVOLKINGSNIVEAU

Sinds het begin van de HIV-epidemie tot en met 31 december 2007 is bij 21.134 personen in België HIV-infectie vastgesteld (Sasse e.a., 2008). Gemiddeld komen er 2,9 gevallen per dag bij. Van deze 21.134 seropositieven hebben 3.777 personen aids ontwikkeld.

Sinds het begin van de epidemie is 5% van alle **HIV-seropositieven**, waarvan de overdrachtswijze gekend is, waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik[98] (tabel 38). 71 seropositieven (0,6%) rapporteren naast injecterend druggebruik ook ander risicogedrag waardoor de vermoedelijke overdrachtswijze niet met zekerheid kan aangeduid worden (tabel 39).

---

98 Is gebaseerd op wat de arts aanduidt op het formulier dat hij invult voor elke nieuwe seropositieve (zie bijlage 1).

Tabel 38 – Aandeel van druggebruikers onder de seropositieven waarvan nationaliteit, sekse en waarschijnlijke overdrachtswijze gekend zijn in België, 1997-2007[99]

Toestand op	Aantal patiënten van wie overdrachtswijze gekend is[100]	Aantal injecterende druggebruikers	%
december 1997	6.174	446	7,2
december 1998	6.583	452	6,9
december 1999	7.374	476	6,5
december 2000	7.469	495	6,6
december 2001	8.206	523	6,4
december 2002	8.913	539	6,0
december 2003	9.592	576	6,0
december 2004	10.468	610	8,8
december 2005	11.262	626	5,6
december 2006	11.973	642	5,4
december 2007	12.810	662	5,3

Bron: Sasse & Defraye, 2005-2007; Sasse & Defraye, 2008

Van de Belgische mannen waarvan de waarschijnlijke overdrachtswijze gekend is, verklaart 4% (n = 193) drugs geïnjecteerd te hebben (Sasse & Defraye, 2008). 8% (n = 81) van de Belgische vrouwen wijdt de besmetting met HIV aan injecterend druggebruik. Van de niet-Belgische geïnfecteerden is 5% (n = 416) waarschijnlijk besmet via injecterend druggebruik (8% van de mannen en 2% van de vrouwen)[101] (tabel 39)[102]. Deze cijfers geven de gecumuleerde totalen voor de populatie HIV-geïnfecteerden sinds het begin van de epidemie.

Wordt er naar het aantal nieuwe HIV-besmettingen per jaar gekeken dan is de proportie geïnfecteerden dat met HIV is besmet door injecterend druggebruik de afgelopen tien jaar gehalveerd van 4% naar 2% (Sasse e.a., 2008) (grafiek 29). Bij mannen is het aandeel besmettingen door injecterend druggebruik sterker gedaald dan bij vrouwen. De laatste drie jaar is er een kleine toename van het percentage HIV-besmettingen door injecterend druggebruik, zowel bij mannen als vrouwen.
Het percentage besmette patiënten waar er naast injecterend druggebruik ook seksueel risicogedrag is, blijft over de jaren heen stabiel.

---

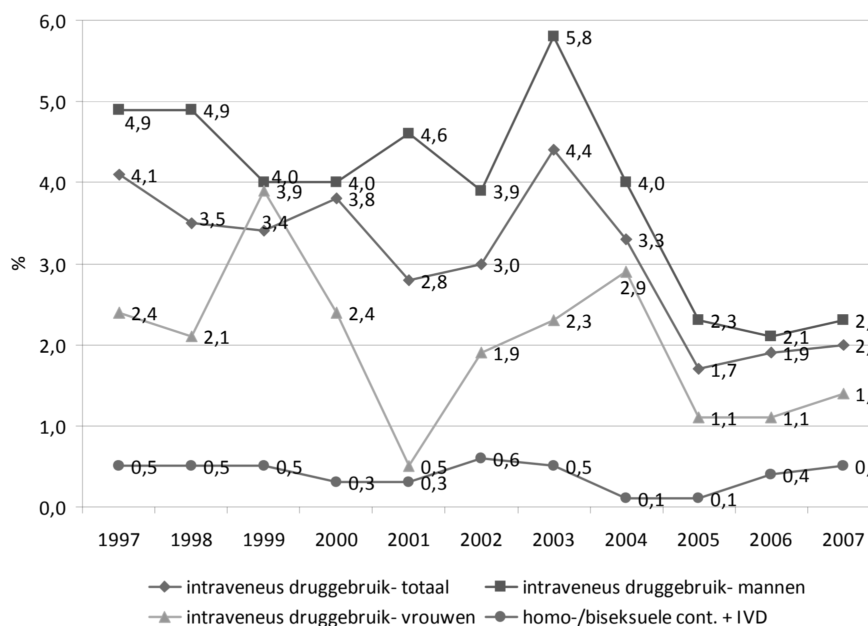
99 De cijfers voor 1997 tot 2006 zijn overgenomen uit De Donder (2007).
100 Het gaat om het gecumuleerd totaal sinds het begin van de epidemie.
101 Bij de interpretatie van deze gegevens moet rekening gehouden worden met het hoge percentage onbekenden (34%).
102 Bij de bespreking van tabel 39 zijn het aantal personen waarvan de overdrachtswijze onbekend is van het totaal afgetrokken om de percentages te berekenen.

Tabel 39 – Verdeling van HIV-geïnfecteerden in België, volgens sekse, nationaliteit en waarschijnlijke overdrachtswijze, toestand op 31 december 2007[103]

Waarschijnlijke overdrachtswijze	Belgische nationaliteit			Andere nationaliteit			Totaal[104]		
	M	V	T	M	V	T	M	V	T[105]
Homo-/biseksuele contacten	2.892	–	2.892	906	–	906	3.925	–	3.925
Intraveneus druggebruik (IVD)	157	81	238	309	75	384	499	163	662
Homo-/biseksuele cont. + IVD	36	–	36	32	–	32	71	–	71
Hemofilie	25	–	25	9	–	9	39	–	39
Transfusie[106]	63	61	124	117	230	348	186	297	484
Heteroseksuele contacten	1.071	725	1.797	2.358	3.318	5.691	3.515	4.156	7.690
Moeder/kind overdracht	44	45	89	106	133	239	177	202	384
Onbekend	534	160	696	678	551	1.240	3.804	2.696	6.752
Totaal	**4.822**	**1.072**	**5.897**	**4.515**	**4.307**	**8.849**	**12.216**	**7.514**	**20.007**

Bron: Sasse & Defraye, 2008

Grafiek 29 – Aandeel HIV-geïnfecteerden in België besmet via injecterend druggebruik of ander risicogedrag, 1997-2007



Bron: Sasse e.a., 2008

103 Het gaat om het gecumuleerd totaal sinds het begin van de epidemie.
104 In dit totaal zijn patiënten met onbekende nationaliteit en/of geslacht inbegrepen.
105 In deze totalen zijn patiënten met onbekend geslacht inbegrepen.
106 Deze categorie betekent dat de patiënt aangeeft dat hij of zij een bloedtransfusie gekregen heeft. Dit betekent niet dat de besmetting is gebeurd door bloedtransfusie.

In de periode 2005-2007 is 3% van de 25-34-jarigen waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik (Sasse e.a., 2008) (tabel 40). In de andere leeftijdsgroepen komt HIV-besmetting door injecterend druggebruik minder vaak voor. Van de vrouwelijke HIV-geïnfecteerden tussen 15 en 24 jaar is 5% wellicht besmet door injecterend druggebruik[107].

Tabel 40 – Belgische HIV-geïnfecteerden, volgens leeftijd, sekse en overdrachtswijze, periode 2005-2007

Leeftijd	Sekse	n	Homo-biseksueel contact	Hetero-seksueel contact	IV-druggebruik	Andere risico's
			%	%	%	%
15-24 jaar	M	81	85,2	11,1	–	3,7
	V	21	–	95,2	4,8	–
	T	**102**	**67,6**	**28,4**	**1,0**	**2,9**
25-34 jaar	M	239	79,9	16,3	3,3	0,4
	V	44	–	95,5	2,3	2,3
	T	**283**	**67,5**	**28,6**	**3,2**	**0,7**
35-49 jaar	M	402	75,1	22,9	1,5	0,5
	V	50	–	94,0	–	6,0
	T	**452**	**66,8**	**30,8**	**1,3**	**1,1**
≥ 50 jaar	M	126	50,8	46,8	1,6	0,8
	V	24	–	91,7	–	8,3
	T	**150**	**42,7**	**54,0**	**1,3**	**2,0**

Bron: Sasse e.a., 2008

Op 31 december 2007 zijn er in België 3.777 **aids-patiënten** (Sasse e.a., 2008). Daarvan zijn er 1.768 Belgen, 1.987 hebben een andere nationaliteit en van 22 patiënten is de nationaliteit onbekend. 2.068 patiënten wonen al minstens vijf jaar in België (dit worden de residente aids-patiënten genoemd). 1.140 van de aids-patiënten is niet-resident en woont dus nog geen vijf jaar in België. Van 569 patiënten is niet geweten hoe lang ze al in België verblijven.
Tabellen 41 en 42 geven een overzicht van de mogelijke besmettingswijzen van de Belgische en niet-Belgische aids-patiënten. In 5% van de gevallen is injecterend druggebruik de vermoedelijke overdrachtswijze van de besmetting met HIV bij de aids-patiënten met Belgische nationaliteit (tabel 41). Bij vrouwen (13%) komt deze oorzaak meer dan bij mannen (4%) op de voorgrond.

De kenmerken van de aids-patiënten met niet-Belgische nationaliteit verschillen enigszins van deze van de Belgische aids-patiënten. Bij de niet-Belgische aids-patiënten is een groter aandeel (7%) vermoedelijk besmet via injecterend druggebruik (tabel 42) (Sasse e.a., 2008). In deze groep zijn er in verhouding meer mannen (11%) dan vrouwen (3%) besmet door injecterend druggebruik. 10

107 Gelet op het kleine aantal vrouwen gaat het slechts om 1 persoon.

mannen melden naast injecterend druggebruik nog homo- en biseksuele contacten.

Tabel 41 – Verdeling van aids-patiënten met Belgische nationaliteit in België, volgens sekse en waarschijnlijke overdrachtswijze, toestand op 31 december 2007 (cumulatieve gegevens 1985-2007)

Waarschijnlijke overdrachtswijze	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Homo-/biseksuele contacten	978	65,5	0	0,0	978	55,3
Intraveneus druggebruik	55	3,7	36	13,0	91	5,1
Homo-/biseksuele cont. + IVD	10	0,7	0	0,0	10	0,6
Hemofilie	13	0,9	0	0,0	13	0,7
Transfusie	35	2,3	34	12,3	69	3,9
Heteroseksuele contacten	346	23,2	190	68,8	536	30,3
Moeder/kind overdracht	17	1,1	13	4,7	30	1,7
Onbekend	38	2,5	3	1,1	41	2,3
Totaal	**1.492**	**100,0**	**276**	**100,0**	**1.768**	**100,0**

Bron: Sasse e.a., 2008

Tabel 42 – Verdeling van aids-patiënten van niet-Belgische nationaliteit in België, mannen en vrouwen volgens waarschijnlijke overdrachtswijze, toestand op 31 december 2007 (cumulatieve gegevens 1985-2007)

Waarschijnlijke overdrachtswijze	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Homo-/biseksuele contacten	261	24,1	0	0,0	261	13,5
Intraveneus druggebruik	117	10,8	26	3,1	143	7,4
Homo-/biseksuele cont. + IVD	10	0,9	0	0,0	10	0,5
Hemofilie	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Transfusie	33	3,0	58	6,8	91	4,7
Heteroseksuele contacten	624	57,6	718	84,5	1.343	69,4
Moeder/kind overdracht	37	3,4	48	5,6	85	4,4
Totaal	**1.083**	**100,0**	**850**	**100,0**	**1.934**	**100,0**

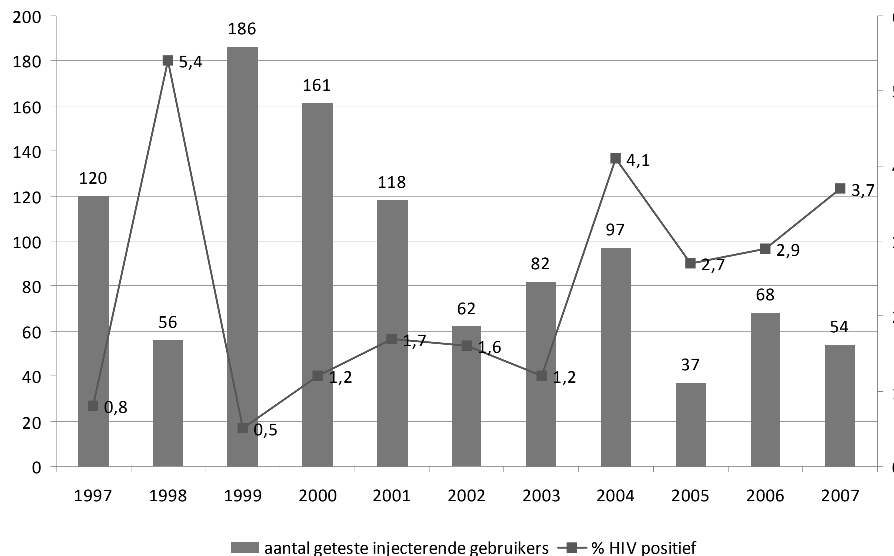
Bron: Sasse e.a., 2008

HIV BIJ DRUGGEBRUIKERS IN BEHANDELING OF GEVANGENIS

Bij de **Sleutel** worden cliënten die door een arts worden opgevolgd (alle cliënten die medicatie krijgen) getest op besmetting met HIV (Lamkaddem & Roelands, 2008). In grafiek 30 is te zien dat in de loop der jaren steeds minder cliën-

ten getest worden op HIV-besmetting[108]. Het percentage cliënten dat HIV-positief is, is tussen 1997 en 2007 met 3% toegenomen. In 1998 en 2004 is er een uitzonderlijk hoog aandeel HIV-geïnfecteerden. De laatste drie jaar vertoont het aantal HIV-besmettingen een stijgende tendens.

Grafiek 30 – Percentage HIV-geïnfecteerden onder geteste injecterende druggebruikers bij De Sleutel, 1997-2007



Bron: Lamkaddem & Roelands, 2008

Het initiatief **spuitenruil** dat in Vlaanderen sinds 2001 actief is, wil onder meer besmettelijke aandoeningen bij injecterende druggebruikers voorkomen (Windelinckx, 2008). Jaarlijks wordt spuitenruil in Vlaanderen geëvalueerd door middel van een gestructureerde vragenlijst die wordt afgenomen bij zoveel mogelijk gebruikers van de spuitenruilpunten. De vragenlijst peilt naar risicogedrag, de gezondheidstoestand, het druggebruik, de contacten met de hulpverlening, de recuperatie van gebruikt materiaal en de beleving van de spuitenruil. In 2007 zijn 198 geldige vragenlijsten ingevuld (100 in Antwerpen, 12 in Limburg, 53 in Oost-Vlaanderen, 19 in West-Vlaanderen en 14 in Vlaams-Brabant). Het aantal respondenten komt niet overeen met het totaal aantal gebruikers die het project spuitenruil bereikt. De resultaten uit deze bevraging zijn bijgevolg niet representatief voor de gebruikers van de Vlaamse spuitenruilpunten en evenmin voor alle injecterende gebruikers in Vlaanderen.

In de vragenlijst wordt aan de gebruikers gevraagd of ze zich het laatste jaar hebben laten testen op HIV en wat daarvan het resultaat is. Deze gegevens zijn

[108] Aangezien er steeds minder personen aan een HIV-test worden onderworpen, speelt er mogelijk een selectie-effect en dienen de resultaten over trends dan ook met de nodige voorzichtigheid bekeken te worden.

dus niet de weergave van de sluitende resultaten van een bloedtest maar geven weer hoe de gebruikers hun eigen gezondheidstoestand inschatten. De resultaten moeten dan ook in die zin geïnterpreteerd worden.
In 2007 zegt 62% van de bevraagde gebruikers dat ze het afgelopen jaar een HIV test hebben laten afnemen. De cijfers over HIV besmetting zijn tussen 2001 en 2007 vergelijkbaar maar tussen de verschillende jaren zijn er wel sterke schommelingen (tabel 43). Zo zijn er in 2003 bijna geen personen HIV-positief. In 2007 zegt 4% van de gebruikers positief te zijn voor HIV.

Tabel 43 – Percentage gebruikers van spuitenruilpunten in Vlaanderen positief voor HIV, 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Percentage HIV positief	5,0%	3,4%	0,8%	2,6%	geen info	3,3%	4,3%

Bron: De Maere, 2001-2003; Windelinckx, 2004-2008

Bij 1.134 druggebruikers in 65 **behandelingscentra** en in 15 **gevangenissen** gebeurde in de periode september 2004 tot juni 2005 een eenmalig onderzoek naar de HIV seroprevalentie (Plasschaerts e.a., 2005). Het doel is de seroprevalentie van HIV maar ook van hepatitis B en C te onderzoeken evenals de invloed van risicofactoren. Dit gebeurt door middel van een face-to-face interview, een gestructureerde vragenlijst en een bloedonderzoek. De geselecteerde druggebruikers zijn tussen 15 en 40 jaar oud en gebruiken regelmatig opiaten, opiaat antagonisten, cocaïne, amfetamines, methadon of buprenorfine[109]. Vanuit de behandelingscentra hebben 1.017 druggebruikers deelgenomen, vanuit de gevangenissen 117.

Uit deze studie blijkt dat 2% van de druggebruikers die opgenomen zijn in behandelingscentra seropositief is voor HIV (19/995). Van de druggebruikers die ooit hebben geïnjecteerd is 3% seropositief voor HIV tegenover 1% van de druggebruikers die nooit hebben geïnjecteerd.
In de gevangenissen is 4% van de druggebruikers besmet met HIV (4/112). De druggebruikers die besmet zijn met HIV hebben allemaal ooit geïnjecteerd.

4.6.1.1.2 Hepatitis en TBC

Door gebruik van besmette naalden en door onveilige seks kunnen (injecterende) druggebruikers met Hepatitis B of C besmet worden.
Er is in België geen registratiesysteem waarin het aantal besmettingen met Hepatitis B of C onder (injecterende) druggebruikers systematisch wordt bijgehou-

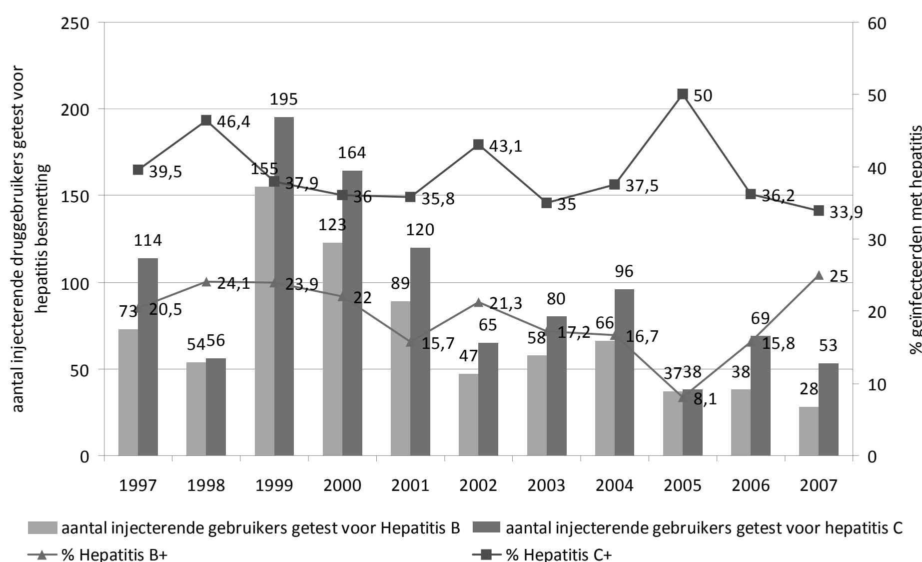
109 226 behandelingscentra zijn aangeschreven met de vraag om aan het onderzoek te participeren. 65 behandelingscentra nemen uiteindelijk deel. Alle centra die willen deelnemen konden dat. Binnen de centra dienen druggebruikers at random geselecteerd te worden (dat is echter niet overal op die manier gebeurd). Van de gevangenissen nemen 15 van de 32 gevangenissen in België deel aan het onderzoek. Aan alle patiënten in substitutiebehandeling is gevraagd om aan het onderzoek te participeren.

den. Bij druggebruikers die beroep doen op de hulpverlening wordt dit soms wel geregistreerd via zelfrapportage of een bloedtest. In data van De Sleutel en van het spuitenruilproject is hierover informatie te vinden. Besmetting met Hepatitis B of C is ook nagegaan in een onderzoek bij druggebruikers in behandelingscentra en gevangenissen (Plasschaerts e.a., 2005).

HEPATITIS EN TBC-BESMETTING BIJ DRUGGEBRUIKERS IN BEHANDELING OF IN GEVANGENIS

Bij **de Sleutel** worden cliënten die door een arts worden opgevolgd (alle cliënten die medicatie krijgen) getest op besmetting van hepatitis B en C (Lamkaddem & Roelands, 2008). Sinds 1999 worden in De Sleutel steeds minder cliënten getest op besmetting met hepatitis B of C[110]. Het percentage cliënten dat positief is voor Hepatitis C blijft tussen 1997 en 2007 redelijk stabiel. Tegenover 1997 zijn er iets meer cliënten besmet met Hepatitis B in 2007.

Grafiek 31 – Percentage geteste injecterende druggebruikers bij De Sleutel besmet met hepatitis B en C, 1997-2007



Bron: Lamkaddem & Roelands, 2007 & 2008

In het evaluatieonderzoek van het initiatief **spuitenruil** wordt aan de gebruikers gevraagd of ze zich het laatste jaar hebben laten testen op hepatitis B, hepatitis C en TBC en wat daarvan het resultaat is (Windelinckx, 2008). De cijfers over hepatitis en TBC besmetting zijn tussen 2001 en 2007 niet volledig vergelijkbaar

110 Aangezien er steeds minder personen getest worden voor besmetting met hepatitis B of C speelt er mogelijk een selectie-effect en dienen de resultaten over trends dan ook met de nodige voorzichtigheid bekeken te worden.

omdat tussen 2001 en 2003 enkel gevraagd wordt naar positieve of negatieve status. In de periode 2004-2007 zijn de vragen aangepast en wordt gevraagd of men ooit besmet maar nu genezen is dan wel of men besmet is en drager. Bij de cijfers over besmetting met hepatitis passen enige bedenkingen. De verschillende soorten hepatitis zijn bij gebruikers niet steeds gekend evenmin als de eigen serostatus. De cijfers voor hepatitis zijn in vergelijking met cijfers die beschikbaar zijn uit bloedtesten vanuit de drughulpverlening bijgevolg een onderschatting. Voor 2005 zijn er geen data.
In 2007 zegt ruim een kwart van de bevraagde gebruikers van het initiatief spuitenruil dat ze besmet zijn met hepatitis B (tabel 44). Tegenover 2001 is dat een lichte toename. 4 op 10 van de bevraagde gebruikers zegt besmet te zijn met hepatitis C. Dat is iets minder dan in 2001. 7% van de spuitenruilgebruikers die aan het onderzoek participeren zegt besmet te zijn met TBC. In 2001 gaat het om 5%.

Tabel 44 – Percentage gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen besmet met hepatitis B of C en TBC, 2001-2007[111]

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Percentage besmet met hepatitis B	24,0%	18,6%	15,2%	24,6%	geen info	28,8%	27,1%
Percentage besmet met hepatitis C	48,0%	44,1%	35,8%	42,6%	geen info	44,2%	44,1%
Percentage besmet met TBC	5,0%	1,4%	1,8%	5,5%	geen info	6,2%	7,4%

Bron: De Maere, 2001-2003; Windelinckx, 2004-2008

In het onderzoek van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid wordt de seroprevalentie nagegaan van het hepatitis B en C-virus bij druggebruikers in **behandelingscentra** en in **gevangenissen** (Plasschaerts e.a., 2005).
In de behandelingscentra bedraagt de prevalentie van hepatitis C 30% (302/1.016) en van hepatitis B 11% (95/860). De prevalentie van hepatitis C bedraagt 50% onder druggebruikers die ooit geïnjecteerd hebben en 3% bij druggebruikers die nooit injecteren. Bij druggebruikers die ooit injectiemateriaal hebben gedeeld, bedraagt de prevalentie van hepatitis C 61%.
De prevalentie van hepatitis B bedraagt 18% onder druggebruikers die ooit geïnjecteerd hebben en 4% bij druggebruikers die nooit injecteren. Bij druggebruikers die ooit injectiemateriaal hebben gedeeld, bedraagt de prevalentie van hepatitis B 22%.
In gevangenissen zijn de percentages voor besmetting met hepatitis nog meer uitgesproken: 53% (62/116) van de druggebruikers is er positief voor hepatitis C en 17% (16/94) voor hepatitis B. De prevalentie van hepatitis C bedraagt 76% onder druggebruikers die ooit geïnjecteerd hebben en 5% bij druggebruikers die nooit injecteren. Bij druggebruikers die ooit injectiemateriaal hebben gedeeld bedraagt de prevalentie van hepatitis C 86%.
De prevalentie van hepatitis B komt ook meer voor bij druggebruikers die ooit

[111] Het gaat om het percentage positief voor de jaren 2001-2003. Voor de periode 2004-2007 wordt het percentage besmet en drager + ooit besmet en genezen gegeven.

geïnjecteerd hebben (23%) dan bij druggebruikers die nooit injecteren (6%). Bij druggebruikers die ooit injectiemateriaal hebben gedeeld, bedraagt de prevalentie van hepatitis B 26%.

4.6.1.2 *Sterfte door opiaatgebruik*

Het WIV heeft voor de periode **1998-2004** de druggerelateerde overlijdens in **Vlaanderen en Brussel** geanalyseerd op basis van het algemeen mortaliteitsregister (Jossels e.a., 2007). Druggerelateerde overlijdens zijn uit dit bestand geselecteerd op basis van de definitie 'selectie B' van het EMCDDA. Tussen 1998 en 2004 worden in Vlaanderen en Brussel in totaal 467 druggerelateerde doden genoteerd, 384 mannen (82%) en 83 vrouwen.
Van de 467 druggerelateerde doden is in 55% van gevallen de substantie bekend waaraan de persoon is overleden. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). Opiaten kunnen dan een van de gebruikte middelen zijn. In 32% van de gevallen is gebruik van opiaten de doodsoorzaak.

Vlaanderen publiceert ieder jaar statistieken van de doodsoorzaken die per onderliggende doodsoorzaak zijn weergegeven naar sekse en leeftijd (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b). De laatst verschenen overlijdensstatistieken zijn deze van 2006. Uitgaande van de 'strikte definitie' van het EMCDDA kunnen we daaruit het aantal druggerelateerde overlijdens in Vlaanderen berekenen voor de periode **1998-2006**.
In het Vlaams gewest zijn in de periode 1998-2006 374 personen, 296 mannen en 78 vrouwen, overleden als gevolg van het gebruik van illegale drugs (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b; Vlaamse Overheid, 2004a-b). Directe sterfte door gebruik van opiaten komt in Vlaanderen in deze periode voor bij 61 personen, waaronder 51 mannen en 10 vrouwen. Sinds 2002 is het aantal personen dat aan de directe gevolgen van opiaatgebruik overlijdt, gedaald. In 2005 en 2006 worden in Vlaanderen zelfs geen directe overlijdens in verband gebracht met opiaatgebruik.

Tussen problematisch druggebruik en **suïciderisico** is er een verband (Rosiers, 2007). De relatie met suïcide is het vaakst en meest eenduidig aangetoond voor cannabis, cocaïne en opiaten. De evidentie over het risicoverhogende aspect van het gebruik van opiaten voor suïcide komt vooral uit Australië. De kans dat heroïnegebruikers suïcide plegen is ongeveer 14 keer hoger dan bij niet-gebruikers.
Illegaledruggebruik, waaronder heroïnegebruik, wordt ook als suïcidemiddel beschreven (Rosiers, 2007). Het gaat dan om bewuste suïcide door middel van overdosis en niet om accidentele overdosis. Heroïne wordt door enkele onderzoekers aanzien als het middel bij uitstek om suïcide te plegen door intentionele overdosis. Meestal gebeurt dit in een later stadium in de gebruikscarrière.
Er zijn voor België geen data over het gebruik van heroïne of andere opiaten bij suïcide.

4.6.2 Rijden onder invloed van opiaten

Opiaatgebruikers vertonen stoornissen in de psychomotorische en cognitieve vaardigheden die soms nog tot langer dan een jaar na het laatste gebruik kunnen duren (Raes e.a., 2008). Wel is het zo dat bijvoorbeeld heroïnegebruikers minder de neiging hebben om met de auto te rijden (Van Vlierden & Lammar, 2007). Chronisch gebruik van heroïne veroorzaakt negatieve psychomotorische en cognitieve effecten die versterkt kunnen worden door methadononderhoudsbehandeling (Scheers e.a., 2006). Buprenorfine veroorzaakt enkel in hoge dosissen stoornissen (Raes e.a., 2008).

Uit de analyse van de laboratoriumgegevens van de bloedstalen na drugcontroles van de politie blijkt dat in 4% van het totaal aantal stalen voor de periode 2000-2004 morfine wordt aangetroffen (Scheers e.a., 2006). Het percentage bloedstalen waarin morfine voorkomt, neemt tussen 2000 en 2004 toe van 1% naar 7%.

Uit het onderzoek van Raes en Verstraete (2005) waarbij bloedstalen afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs afkomstig van 5 politierechtbanken geanalyseerd zijn voor de periode 2000-2005, blijkt dat 11 bestuurders (3%) van de 450 positief zijn voor morfine[112].

4.6.3 Verkeers- en andere ongevallen onder invloed van opiaten

Er is tot nu toe onvoldoende onderzoek dat duidelijke uitspraken toelaat over het risico op **verkeersongevallen** geassocieerd met gebruik van opiaten (Raes e.a., 2008).

In de bloed- en urineanalyses verricht in het kader van de **Belgian Toxicology and Trauma Study** bij verkeersslachtoffers van 14 jaar en ouder die in de periode 1995-1996 op spoeddiensten terecht zijn gekomen, is bij 8% van de slachtoffers opiaten aangetroffen (tabel 6 in bijlage) (Meulemans e.a., 1996). Bij 0,6% is methadon of propoxyfeen[113] aangetroffen. De meesten zijn 35 jaar of ouder (tabel in 7 bijlage).

In 2000-2004 zijn 123 **processen-verbaal** opgemaakt op basis van artikel 37bis naar aanleiding van een ongeval met gekwetsten en 24 naar aanleiding van een dodelijk ongeval (Scheers e.a., 2006). Slechts in 1 bloedstaal bij een letselongeval is morfine aangetroffen.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het voorkomen van opiaatgebruik bij **andere ongevallen**.

---

[112] Het percentage is berekend op het totaal aantal bloedstalen waarin de aanwezigheid van middelen boven de wettelijke grenswaarde is gevonden (n = 402).

[113] Propoxyfeen is een van methadon afgeleid synthetische opiaat dat wordt toegepast bij de behandeling van matige pijn.

4.6.4 Opiaatgerelateerde criminaliteit

De politiestatistiek geeft een overzicht van de geregistreerde feiten in verband met heroïne. Bij de parketten vindt een jaarlijkse registratie van druggebruikers plaats die een zicht geeft op het aantal heroïnegebruikers. Andere gegevens in verband met de gerechtelijke afhandeling maken geen onderscheid naar het gebruikte middel (bv. parketstatistiek, veroordelingsstatistiek, statistiek van de jeugdparketten, ...).

4.6.4.1 *Misdrijven in verband met heroïne geverbaliseerd door de politiediensten*

OVERTREDINGEN VAN DE DRUGWETGEVING

In 2007 heeft in Vlaanderen 7% van het totaal aantal geregistreerde **misdrijven** door de federale politie te maken met heroïne. De criminele feiten die de politie in verband met heroïne registreert in ANG is zowel in België als in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 toegenomen (tabel 45). Bekeken op Belgisch niveau registreert de politie vooral meer feiten in verband met in- en uitvoer van heroïne. In het Vlaams gewest is de toename in het aantal feiten vooral merkbaar voor bezit van heroïne.

Tabel 45 – Aantal door de politiediensten geregistreerde feiten in verband met heroïne, 2004-2007

België	2004	2005	2006	2007
Bezit	842	1.108	1.131	1.241
Gebruik	831	915	932	929
Fabricatie	3	0	4	0
Handel	735	948	821	1.052
In- en uitvoer	179	240	260	300
Totaal	**2.590**	**3.211**	**3.148**	**3.522**
Totaal feiten illegale drugs	*35.257*	*35.718*	*36.455*	*39.073*
Vlaams Gewest	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Bezit	281	395	403	496
Gebruik	412	527	381	475
Fabricatie	1	0	3	0
Handel	369	479	429	547
In- en uitvoer	70	79	88	96
Totaal	**1.133**	**1.480**	**1.304**	**1.614**
Totaal feiten illegale drugs	*20.802*	*22.244*	*22.638*	*24.146*

Bron: Federale politie, 2008a

In België hebben de meeste criminele feiten die de politie in verband met heroïne registreert te maken met bezit van heroïne. Op de tweede plaats komt handel in heroïne. In Vlaanderen is het net omgekeerd. Daar worden het meest feiten geregistreerd in verband met handel en vervolgens voor bezit.

ANDERE DRUGGERELATEERDE CRIMINALITEIT

In het onderzoek van De Ruyver e.a. (2008) dat de druggerelateerde criminaliteit in België in kaart brengt zijn 1.089 politionele dossiers uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties geanalyseerd inzake eigendomsdelicten, geweldsdelicten, seksuele delicten en inbreuken op de drugwetgeving. Voor elk van deze delicten is bekeken welk percentage druggerelateerd is. In totaal is 14% van de geanalyseerde dossiers druggerelateerd (n = 148). In 23% van de bestudeerde dossiers van de verdachten komt heroïne voor[114] (tabel 8 in bijlage). Ook de combinatie van cannabis en heroïne komt vaak voor (10%). De combinatie heroïne en cocaïne wordt in 4% van de dossiers genoemd.
Uit de studie blijkt verder dat het type middel gerelateerd is aan het delicttype. Heroïne en cannabis worden het vaakst genoemd in dossiers inzake eigendoms- en geweldsdelicten (tabel 9 in bijlage). Bij de dossiers van de seksuele delicten is in de meeste gevallen sprake van cannabis, maar heroïne, cocaïne en XTC komen op de tweede plaats.

4.6.4.2 *Heroïnegebruikers geregistreerd door de parketten*

Gegevens over de behandeling van de strafzaken door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg zijn niet beschikbaar volgens middel. Het totaal aantal ingestroomde, afgesloten en hangende zaken is besproken in paragraaf 2.6.6.2.

Uit een jaarlijks uitgevoerd registratieonderzoek bij geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel blijkt dat in 2007 15% van de druggebruikers die bij de parketten in Vlaanderen en Brussel geregistreerd worden heroïne gebruikt (tabel 10 in bijlage), in 1997 gaat het om 6% (Fraeyman & Van Hal, 2009)[115]. Het aantal geregistreerde heroïnegebruikers vertoont tussen 1997 en 2000 een licht stijgende tendens (grafiek 32). In 2001 worden veel minder heroïnegebruikers geregistreerd maar het daaropvolgende jaar wordt opnieuw het peil van het jaar 2000 bereikt. Tussen 2002 en 2004 daalt het aantal heroïnegebruikers opnieuw maar vanaf 2007 is er een forse toename.

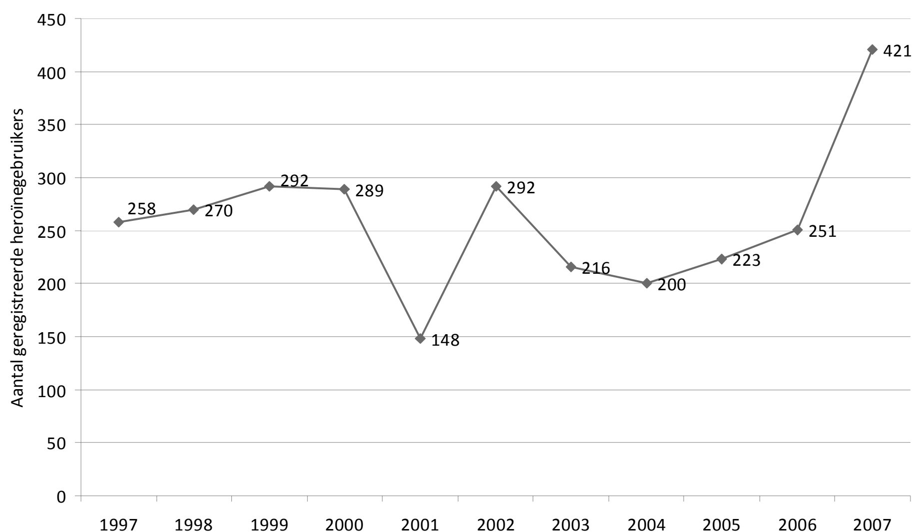
LEEFTIJD

In 2007 is 11% van de geregistreerde heroïnegebruikers bij de parketten 20 jaar of jonger (grafiek 33). Het grootste deel (35%) is ouder dan 29 jaar. Drie op 10 gebruikers zijn tussen 21 en 24 jaar en een kwart is tussen 25 en 29 jaar oud.
Het percentage jonge heroïnegebruikers schommelt fel over de jaren heen maar bedraagt in 2007 ongeveer evenveel als in 1997. In 2007 zijn er meer gebrui-

[114] Het gaat enkel over de middelen die de verdachte gebruikt/bezit.
[115] De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.6.6.2.

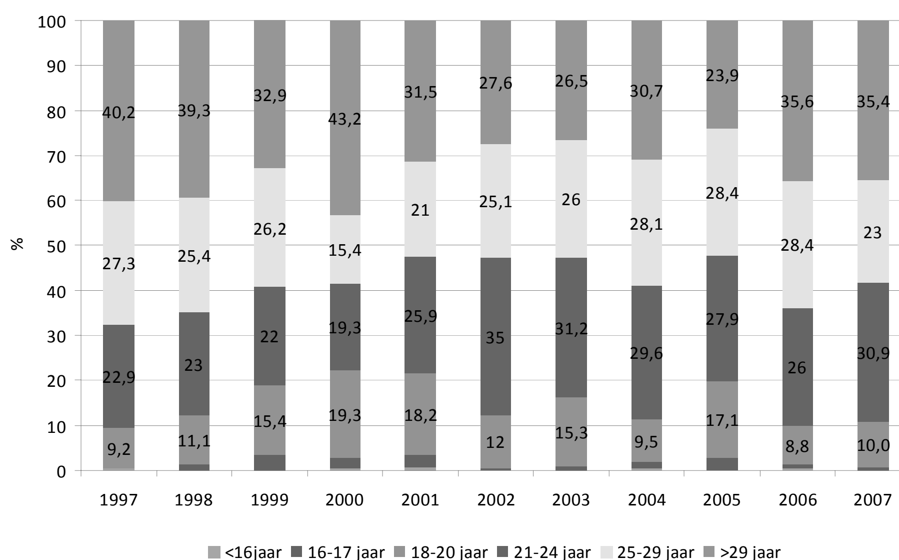
kers tussen 21 en 24 jaar dan in 1997. Het percentage gebruikers van 25 jaar of ouder neemt dan weer af.

Grafiek 32 – Evolutie van het aantal heroïnegebruikers bij de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

Grafiek 33 – Leeftijdsverdeling van heroïnegebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007

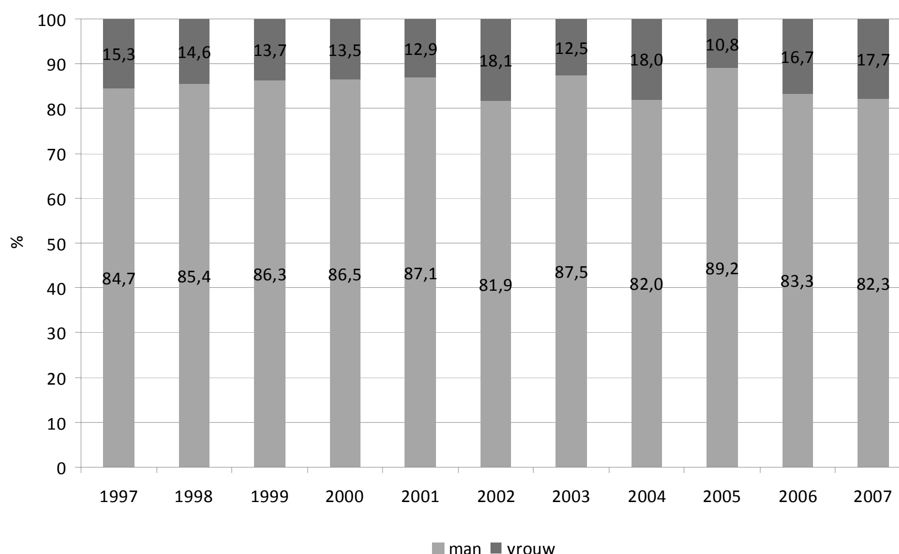


Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

SEKSE

In 2007 is 82% van de geregistreerde heroïnegebruikers door de parketten man, 18% is vrouw. Het aandeel geregistreerde vrouwelijke heroïnegebruikers is over de jaren heen licht toegenomen. In 1997 is 15% van de geregistreerde heroïnegebruikers vrouw, in 2007 18%.

Grafiek 34 – Sekseverdeling van heroïnegebruikers geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

4.6.4.3 *Alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers*

Uit het onderzoek van De Ruyver e.a. (2007) waarin gerechtelijke dossiers uit 1999 en 2001 zijn onderzocht van personen die een alternatieve afhandeling opgelegd krijgen, blijkt dat het in 41% van de dossiers over heroïnegebruik gaat. Voorlopige en voorwaardelijke invrijheidsstelling wordt vooral opgelegd aan oudere druggebruikers die gemiddeld vooraan in de dertig zijn en heroïne gebruiken en die druggerelateerde vermogensdelicten en gewelddelicten pleegden. In dit onderzoek wordt ook de recidive nagegaan. Heroïnegebruikers blijken vaker dan niet- heroïnegebruikers te recidiveren.

4.6.4.4 *Zelfgerapporteerde criminaliteit*

In een onderzoek naar druggerelateerde criminaliteit onderzoeken De Ruyver e.a. (2008) de zelfgerapporteerde criminaliteit via interviews bij 204 druggebruikers en 127 justitiecliënten.

44% van de druggebruikers heeft het afgelopen jaar een **eigendomsdelict** gepleegd. Gebruikers die minstens een keer per week heroïne gebruiken plegen meer eigendomsdelicten vergeleken met gebruikers die niet minstens een keer per week heroïne gebruiken.
Bij 3% van de druggebruikers is er het afgelopen jaar sprake van **prostitutie**. Voor de vrouwen geldt dat 23% zich al ooit heeft geprostitueerd en bij 11% (n = 6) komt prostitutie het afgelopen jaar voor. De meeste vrouwen gebruiken heroïne.

4.7 Aanbod van opiaten

4.7.1 Beschikbaarheid van opiaten

In de ESPAD-studie bij scholieren tussen 15 en 16 jaar is gevraagd of ze gemakkelijk aan heroïne kunnen komen (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de Euregio Scheldemond is grensoverschrijdend aankoopgedrag een van de bevraagde onderwerpen (Lombaert, 2005). Voor volwassenen is geen informatie beschikbaar over de ingeschatte beschikbaarheid van opiaten.

In de **ESPAD-studie** van 2003 wordt aan de leerlingen gevraagd of het moeilijk is om aan heroïne te komen (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). 11% van de leerlingen, iets meer jongens (12%) dan meisjes (10%), zegt dat dat heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk kan. In de studie van 2007 komt deze vraag niet meer aan bod in de vragenlijst.

In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de **Euregio Scheldemond** is gevraagd of leerlingen al de Belgisch-Nederlandse grens over hebben gestoken voor de aankoop van heroïne. Minder dan 1% van de leerlingen heeft dat al gedaan (Lombaert, 2005).

4.7.2 Inbeslagnames van opiaten

Wat opiaten betreft wordt in België door de politiediensten vooral bruine heroïne in beslag genomen (Federale Politie, 2008d) (tabel 46). In 2007 zijn er 2.850 heroïnevangsten, dat zijn er ruim dubbel zoveel als in 1998. Tegenover 2005 is het aantal heroïnevangsten met 20% gedaald. 8% van het totaal aantal inbeslagnames in 2007 betreft opiaten (tabel 14 in bijlage).

Tabel 46 – Aantal inbeslagnames van opiaten in België, 1998-2007

Jaar	Heroïne (bruine heroïne)	Opium	Andere opiaten (o.a. witte of roze heroïne)	Totaal opiaten
1998	1.112	2	3	**1.117**
1999	760	3	geen info	**763**
2000	1.340	10	45	**1.395**
2001	1.757	geen info	geen info	**1.757**
2002	1.864	geen info	75	**1.939**
2003	1.104	6	1	**1.111**
2004	1.981	8	geen info	**1.989**
2005	3.505	44	geen info	**3.549**
2006	2.411	13	geen info	**2.424**
2007	2.850	8	geen info	**2.858**

Bron: Federale Politie, 2008d

4.7.3 Prijs van opiaten

De prijzen van heroïne die de federale politie jaarlijks berekent en de gecorrigeerde heroïneprijzen volgens de CPI zijn weergegeven in tabel 47. De straatprijs van bruine heroïne is tussen 1997 en 2007 met 2 EUR gedaald en bedraagt nu voor een gram gemiddeld 23 EUR (tabel 47) (Federale politie, 2008c).

Tabel 47 – Gemiddelde straatprijs van heroïne in België en gecorrigeerde prijs van heroïne op basis van de CPI, 1997-2007 (in EUR)[116]

	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007
Bruine heroïne (per gram)	22,3	21,1	39,7	26,8	30,7	25,5	24,7	26,1*	25,0*
Gecorrigeerde prijs bruine heroïne (per gram)	25,1	23,6	43,6	28,7	32,2	25,9	23,9	24,8	23,1

*: type heroïne is voor deze jaren niet gespecificeerd

Bron: Federale politie, 2008c; Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2005; Sleiman & Roelands, 2006

4.7.4 Zuiverheid van opiaten

Van substanties die door politiediensten en douane in beslag genomen worden en die gerapporteerd worden via het EWS wordt de zuiverheid nagegaan (Lam-

116 De prijzen in de tabel zijn de prijzen van illegale middelen zoals de federale politie ze overmaakt aan het WIV voor het jaarlijks Belgisch nationaal rapport. Voor 2002 en 2004 zijn er geen politiecijfers beschikbaar over de gemiddelde prijzen van illegale drugs.

kaddem & Roelands, 2008). Het gaat zowel om inbeslagnames op gebruikersniveau als om grote inbeslagnames op bijvoorbeeld de luchthaven.
Over de jaren heen fluctueert de gemiddelde zuiverheid van heroïne heel sterk (tabel 48).

Tabel 48 – Gemiddelde zuiverheid van heroïne in België, 1999-2006 (%)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Heroïne bruin	geen info	21,9	30,6	26,0	geen info	geen info	geen info	geen info
Heroïne wit	geen info	64,7	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info
Heroïne totaal	31,0	geen info	geen info	geen info	19,4	28,7	19,96	30,0

Bron: Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2003; Sleiman & Roelands, 2006; Sleiman & Sartor, 2002; WIV, 2001

4.8 Trends in cijfers over opiaten 1997-2007

Er zijn voor België/Vlaanderen geen cijfers beschikbaar over het gebruik van opiaten in de **algemene bevolking van 15-64 jaar**.

0,5% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd, heeft ooit heroïne gebruikt. In de HBSC-studie van 2006 zegt 1% van de leerlingen ooit heroïne gebruikt te hebben. 0,2% van de leerlingen bevraagd via de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar heroïne. Gebruik van heroïne gedurende de laatste maand komt nagenoeg niet voor, zo blijkt uit de HBSC-studie.
Uit de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging blijkt dat de levens- en de laatstejaarsprevalentie van heroïne over de hele periode gedaald is. De verschillen zijn echter te klein om significant te zijn. In de HBSC-studie blijft het ooit-gebruik van heroïne tussen 1996 en 2006 stabiel.

In de VAD-leerlingenbevraging is te zien dat iets meer jongens (0,7%) dan meisjes (0,4%) ooit heroïne hebben gebruikt. In de onderzoeksresultaten van de HBSC-studie is het ooit-gebruik van heroïne door jongens en meisjes niet verschillend (1%). Evenveel jongens als meisjes gebruiken volgens de VAD-leerlingenbevraging het laatste jaar cocaïne (0,2%). Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de resultaten van de HBSC-studie blijkt dat het ooit-gebruik van heroïne bij jongens in de periode 1996 tot 2006 daalt.

Gezien het beperkt aantal leerlingen dat heroïne gebruikt, kan voor de resultaten van de VAD-leerlingenbevraging geen leeftijdsverdeling gegeven worden. In de HBSC-resultaten neemt heroïnegebruik toe met de leeftijd: 2% van de 17-18-jarigen gebruikt ooit heroïne. Bij de 17-18-jarigen is tussen 1996-2006 het per-

centage leerlingen dat ooit heroïne gebruikt verdubbeld.
Bij leerlingen uit het ASO wordt heroïnegebruik weinig vastgesteld. Dat blijkt zowel uit de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie. In het TSO/KSO en het BSO heeft 1% van de leerlingen ooit heroïne gebruikt volgens de VAD-leerlingenbevraging. De resultaten van de HBSC-studie zijn iets hoger: 3% van de leerlingen uit het BSO en 2% van de leerlingen uit het TSO hebben ooit heroïne gebruikt. In het BSO en het TSO is het ooit-gebruik van heroïne over de periode 1996-2006 licht gestegen. Voor de VAD-leerlingenbevraging kunnen de cijfers naar onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.
Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 1% ooit heroïne gebruikt. Het niveau van ooit-gebruik is daarmee hetzelfde als van dezelfde leeftijdsgroep in de HBSC-studie. In 2003 en 2007 zijn er in het ESPAD-onderzoek nagenoeg evenveel leerlingen die zeggen dat ze ooit heroïne gebruikt hebben. De ESPAD-studie vindt geen verschil in ooit-gebruik van heroïne tussen jongens en meisjes.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het gebruik van opiaten door **studenten in het hoger onderwijs**.

Slechts 1% van de **uitgaanders** die in het VAD-uitgaansonderzoek in 2007 zijn bevraagd, hebben het afgelopen jaar heroïne gebruikt. In de periode 2003-2007 blijft het heroïnegebruik ongewijzigd.

27% van de **gedetineerden** bevraagd in een onderzoek van de FOD justitie heeft ooit, binnen of buiten de gevangenis, heroïne gebruikt; 16% niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine. 12% gebruikt tijdens de huidige detentieperiode heroïne; 5% niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine. De cijfers zijn voor de periode 2000-2006 vergelijkbaar.

16% van de **ervaren cannabisgebruikers** die in de periode 2002-2003 aan een onderzoek hebben deelgenomen, heeft ooit opiaten gebruikt en bij 3% komt dit ook in de laatste 3 maand voor.

25% van de onderzochte **cannabistelers** heeft ooit opiaten gebruikt, 5% doet dat tijdens het laatste jaar en 2% gedurende de laatste maand.

73% van de **ervaren cocaïnegebruikers** die in 2003 aan een onderzoek participeren heeft ooit opiaten gebruikt, 9% de afgelopen twee weken.

Hoe vaak **opiaten gecombineerd worden met cannabis en met cocaïne** kan afgeleid worden uit onderzoek bij ervaren cannabis- en cocaïnegebruikers. 45% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit opiaten hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis. 18% van de ervaren cocaïnegebruikers combineert cocaïne vaak tot altijd met opiaten.

In **Europa** wordt het problematisch gebruik van opiaten op 1 tot 6 gevallen per 1.000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 64 jaar geschat. België beschikt niet over recente data over het heroïnegebruik in de bevolking van 15 tot 64 jaar.
Het ooit-gebruik van heroïne bij 15-16 jarigen in Europa varieert van 0% (Roe-

menië, Rusland, Oekraïne) tot 3% (Frankrijk, Italië). In Vlaanderen heeft 1% van de 15-16-jarigen ooit heroïne gebruikt wat vergelijkbaar is met de meeste andere Europese landen.

In 2007 is 2% van de **HIV-geïnfecteerden** besmet via injecterend druggebruik. Daarnaast heeft 0,5% van de HIV-geïnfecteerden ook homo- en biseksuele contacten waardoor de overdrachtswijze niet met zekerheid kan aangeduid worden.
De afgelopen tien jaar is de proportie geïnfecteerden dat met HIV is besmet door injecterend druggebruik gehalveerd van 4% naar 2%. Bij mannen is het aandeel besmettingen door injecterend druggebruik sterker gedaald dan bij vrouwen.
In de periode 2005-2007 is 3% van de 25-34-jarigen waarschijnlijk met HIV besmet via injecterend druggebruik. In de andere leeftijdsgroepen komt HIV-besmetting door injecterend druggebruik minder vaak voor.
In 5% van de gevallen is injecterend druggebruik de vermoedelijke overdrachtswijze van de besmetting met HIV bij de **aids-patiënten** met een Belgische nationaliteit. Bij vrouwen (13%) komt deze oorzaak meer dan bij mannen (4%) op de voorgrond.
Bij de niet-Belgische aids-patiënten is 7% besmet via injecterend druggebruik. In deze groep zijn er in verhouding meer mannen (11%) dan vrouwen (3%) besmet door injecterend druggebruik.
Bij **de Sleutel** worden in de loop der jaren steeds minder cliënten getest op **HIV-besmetting**. Het percentage cliënten dat HIV-positief is, is tussen 1997 en 2007 met 3% toegenomen. De laatste drie jaar vertoont het aantal HIV-besmettingen een stijgende tendens. Daarbij dient rekening gehouden te worden met een mogelijk selectie-effect bij het testen.
In 2007 zegt 62% van de bevraagde **spuitenruilgebruikers** dat ze het afgelopen jaar een **HIV**-test hebben laten afnemen. 4% is seropositief.
Uit een eenmalig onderzoek blijkt dat 2% van de druggebruikers die opgenomen zijn in **behandelingscentra** seropositief is voor **HIV**. Van de druggebruikers die ooit hebben geïnjecteerd is 3% seropositief voor HIV tegenover 1% van de druggebruikers die nooit injecteren. Hetzelfde onderzoek toont aan dat 4% van de druggebruikers in **gevangenissen** besmet is met **HIV**. De druggebruikers die besmet zijn met HIV hebben allemaal ooit geïnjecteerd.

Sinds 1999 worden in **De Sleutel** steeds minder cliënten getest op besmetting met **hepatitis** B of C. Het percentage cliënten dat positief is voor hepatitis C blijft tussen 1997 en 2007 redelijk stabiel en bedraagt in 2007 34% van het aantal geteste personen. Tegenover 1997 (21%) zijn er iets meer cliënten besmet met hepatitis B in 2007 (25%). Daarbij dient rekening gehouden te worden met een mogelijk selectie-effect bij het testen.
In 2007 zegt ruim een kwart van de bevraagde gebruikers van het initiatief **spuitenruil** dat ze besmet zijn met hepatitis B. Tegenover 2001 is dat een lichte afname. 4 op 10 van de bevraagde gebruikers zegt besmet te zijn met hepatitis C. Dat is iets minder dan in 2001. 7% van de spuitenruilgebruikers die aan het onderzoek participeren, zegt besmet te zijn met **TBC**. In 2001 gaat het om 5%.
Uit een eenmalig onderzoek blijkt dat de prevalentie van hepatitis C in **behan-**

delingscentra 30% bedraagt en van hepatitis B 11%. De prevalentie van hepatitis C en B is hoger onder druggebruikers die injecteren of injectiemateriaal delen. In **gevangenissen**, zo blijkt uit hetzelfde onderzoek, zijn de percentages voor besmetting met hepatitis nog meer uitgesproken: 53% van de druggebruikers is positief voor hepatitis C en 17% voor hepatitis B. Ook bij deze groep is de prevalentie van hepatitis C en B hoger onder druggebruikers die ooit injecteren of injectiemateriaal delen.

In de periode 1998-2004 is bij 32% van de druggerelateerde **overlijdens** waarvan de substantie bekend is, opiaatgebruik de oorzaak. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). Opiaten kunnen dan een van de gebruikte middelen zijn. In Vlaanderen komt in de periode 1998-2006 directe sterfte door opiaatgebruik voor bij 61 personen. Er zijn voor België geen data over het gebruik van heroïne of andere opiaten bij **suïcide**.

In de periode 2000-2004 is het percentage bloedstalen afgenomen omwille **van rijden onder invloed** van drugs waarin morfine voorkomt toegenomen van 1% naar 7%.
Uit bloedstalen van 5 politierechtbanken afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs blijkt dat voor de periode 2000-2005 11 bestuurders van de 450 positief waren voor morfine.

Na onderzoek op **spoeddiensten** in 1995-1996 bij slachtoffers van verkeersongevallen is bij 8% van de slachtoffers opiaten aangetroffen en bij 0,6% methadon.
In 2000-2004 zijn 147 processen-verbaal opgemaakt voor **ongevallen** naar aanleiding van rijden onder invloed van drugs. In 1 bloedstaal bij een letselongeval is morfine aangetroffen.
Er zijn geen cijfers beschikbaar over het voorkomen van opiaatgebruik bij **andere ongevallen**.

In 2007 heeft in Vlaanderen 7% van het totaal aantal geregistreerde **misdrijven** door de federale politie te maken met heroïne (n = 1.614). Meestal gaat het om handel in heroïne.
Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met heroïne is tussen 2004 en 2007 zowel in heel België als in Vlaanderen toegenomen.

Uit onderzoek van 1.089 **politionele dossiers** uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties blijkt dat heroïne in 23% van de bestudeerde dossiers van de verdachten voorkomt. Heroïne wordt samen met cannabis het vaakst genoemd in dossiers inzake eigendoms- en geweldsdelicten.

Van de **geverbaliseerde druggebruikers** in Vlaanderen en Brussel die jaarlijks in een onderzoek door de **parketten** worden geregistreerd gebruikt 15% heroïne. Over de periode 1997-2007 stijgt het aantal druggebruikers dat heroïne gebruikt.
Het grootste deel (35%) van de geregistreerde heroïnegebruikers is ouder dan 29 jaar. In 2007 is 11% 20 jaar of jonger. Het percentage gebruikers van 25 jaar of ouder is tussen 1997 en 2007 afgenomen. 82% van de geregistreerde

heroïnegebruikers is man. Het aandeel vrouwelijke heroïnegebruikers is in de periode 1997-2007 licht toegenomen.

Van de gerechtelijke dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart van personen aan wie een **alternatieve maatregel of sanctie** is opgelegd, heeft 41% betrekking op gebruik van heroïne.

Uit onderzoek bij druggebruikers blijkt dat gebruikers die minstens een keer per week heroïne gebruiken meer **eigendomsdelicten** plegen, vergeleken met gebruikers die niet minstens een keer per week heroïne gebruiken. Voor de vrouwen geldt dat 23% van de vrouwelijke druggebruikers zich ooit heeft geprostitueerd en bij 11% (n = 6) komt **prostitutie** het afgelopen jaar voor. De meeste vrouwen gebruiken heroïne.

Over de **beschikbaarheid** van heroïne zegt 11% van de leerlingen tussen 15 en 16 jaar, iets meer jongens (12%) dan meisjes (10%), heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan heroïne te kunnen geraken. Minder dan 1% van de leerlingen in de Euregio is al over de Belgisch-Nederlandse grens geweest voor de aankoop van heroïne.

8% van het totaal aantal **drugvangsten** in 2007 betreft heroïne. Het gaat om 2.850 inbeslagnames. Tussen 1998 en 2007 is het aantal inbeslagnames van heroïne verdubbeld.

De gemiddelde **prijs** per gram heroïne is de laatste 10 jaar iets gedaald. In 2007 kost een gram bruine heroïne 23 EUR.

Over de jaren heen fluctueert de gemiddelde **zuiverheid** van heroïne heel sterk.

5

Hoofdstuk 5

XTC, amfetamines

De werkzame stof die in **XTC** zit, heet 3, 4-methyleen-dioxy-methamfetamine of afgekort MDMA (Schrooten, 2007). XTC is dus verwant aan de groep van amfetamines. Tegelijk is de scheikundige structuur verwant met de phenethylamines (mescaline, 2-CB, DOM, ...). Dat verklaart waarom XTC zowel opwekkende als bewustzijnsveranderende (hallucinogene) effecten heeft. XTC is een synthetische drug. Vaak wordt er over designer drugs[117] gesproken. XTC wordt geslikt in de vorm van verschillende gekleurde pilletjes of capsules of het wordt als poeder in een drank opgelost (De DrugLijn, 2009m).
Amfetamines ('speed', 'pep') zijn chemische stoffen (wekaminen) die stimulerend werken op het centrale zenuwstelsel (Trimbos Instituut, 2009e; De DrugLijn, 2009l). Er zijn verschillende soorten amfetamines. De belangrijkste zijn (dex)amfetamine en methamfetamine.
Ze verschillen van elkaar in sterkte en werkingsduur. Methamfetamine is sterker dan amfetamine en werkt ook langer. Speed wordt in poedervorm gesnoven of in pilvorm geslikt, maar kan ook ingespoten worden. Bepaalde vormen van speed ('crystal' – methamfetamine base) kunnen ook geïnhaleerd (ingeademd) of gerookt worden.

5.1 Gebruik van XTC, amfetamines door de algemene bevolking

Het WIV peilt in de Gezondheidsenquête van 2001, een grootschalig representatief onderzoek naar de gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder, onder meer naar het gebruik van XTC en amfetamines (Demarest e.a., 2002). De middelen worden samen bevraagd, zodat er geen gegevens zijn voor XTC en amfetamines apart. Nadien wordt deze vragenbatterij niet hernomen zodat de gegevens over het gebruik van XTC/amfetamines op algemeen bevolkingsniveau niet in de tijd kunnen vergeleken worden.

In 2001 heeft 2% van de bevolking van 15 jaar en ouder in het Vlaams gewest

[117] Designer drugs zijn producten die bekomen worden door het aanbrengen van veranderingen in de moleculen van een oorspronkelijk illegaal product (Schrooten, 2007). Ze worden gemaakt in illegale laboratoria waar men probeert de effecten van wettelijk verboden drugs na te bootsen.

ooit XTC/amfetamines gebruikt (Demarest e.a., 2002). De laatste 30 dagen gebruikt 0,2% XTC/amfetamines.
Meer mannen (2%) dan vrouwen (1%) hebben ooit XTC/amfetamines gebruikt. Naarmate de leeftijd toeneemt daalt het percentage personen dat ooit XTC/amfetamines heeft gebruikt. Bij de 25-34-jarigen ligt het ooit-gebruik van XTC/amfetamines het hoogst (4%). De piek ligt voor vrouwen in de leeftijdscategorie 15-24 jaar (4%) en bij mannen in die van 25-34 jaar (6%).

Samengevat

2% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder heeft ooit XTC/amfetamines gebruikt, 0,2% de laatste 30 dagen.
Meer mannen (2%) dan vrouwen (1%) hebben ooit XTC/amfetamines gebruikt. Bij de 25-34-jarigen ligt het ooit-gebruik van XTC/amfetamines het hoogst (4%).

5.2 Gebruik van XTC, amfetamines door jongeren

5.2.1 Gebruik van XTC, amfetamines door scholieren

Om het gebruik van XTC en amfetamines door scholieren in het secundair onderwijs te beschrijven doen we beroep op dezelfde studies die peilen naar het cannabisgebruik. Zowel in de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie als de ESPAD-studie wordt bij de leerlingen gepolst naar de frequentie van het gebruik van XTC en amfetamines. Toelichting bij de gebruikte methodologie in deze onderzoeken wordt gegeven in hoofdstuk 2.2.

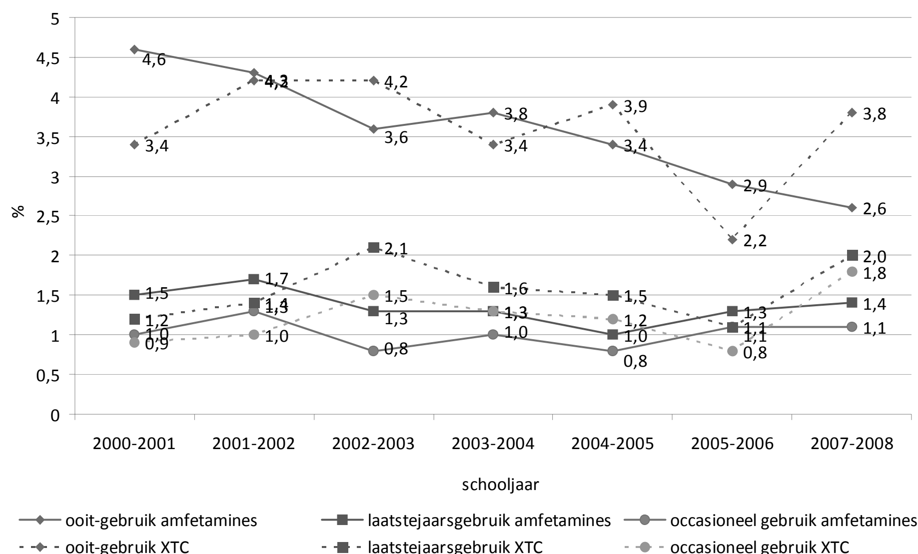
5.2.1.1 *VAD-leerlingenbevraging*

4% van de scholieren, bij wie tijdens het schooljaar 2007-2008 in het kader van de VAD-leerlingenbevraging naar hun druggebruik wordt gepolst, heeft **ooit XTC** gebruikt. 2% van de leerlingen gebruikt het **laatste jaar** XTC: 2% doet dit occasioneel en 0,2% op **regelmatige** basis[118].
Het ooit-gebruik van XTC en het gebruik tijdens het laatste jaar schommelt over de jaren heen, zonder een duidelijke lijn. De verschillen zijn te klein om statistisch significant te zijn (grafiek 35).
3% van de scholieren, bij wie in het kader van de VAD-leerlingenbevraging tijdens het schooljaar 2007-2008 naar het druggebruik wordt gepolst, heeft **ooit amfetamines** gebruikt. 1% van de leerlingen gebruikt het **laatste jaar** amfetamines: 1% doet dit occasioneel en 0,3% op **regelmatige** basis.
Het ooit-gebruik van amfetamines is sinds het schooljaar 2000-2001 over de hele periode gedaald, maar de laatstejaarsprevalentie is, na een lichte daling,

[118] Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week, regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

sinds schooljaar 2004-2005 opnieuw iets aan het stijgen (grafiek 35). De verschillen zijn te klein om statistisch significant te zijn.

Grafiek 35 – Evolutie van het gebruik van amfetamines en van XTC bij scholieren in het Vlaams secundair onderwijs, vanaf schooljaar 2000/2001



Bron: Kinable, 2009

SEKSE

Van de jongens die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging hebben deelgenomen heeft 5% **ooit XTC** gebruikt. 3% van de meisjes heeft ooit XTC gebruikt.
Tijdens **het laatste jaar** gebruikt 3% van de jongens en 1% van de meisjes XTC. Het gaat hoofdzakelijk om **occasioneel** gebruik, dat bij jongens eveneens meer voorkomt dan bij meisjes (3% versus 1%).
Van de jongens die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging hebben deelgenomen heeft 4% **ooit amfetamines** gebruikt. 2% van de meisjes heeft ooit amfetamines gebruikt.
Tijdens **het laatste jaar** gebruikt 2% van de jongens en 1% van de meisjes amfetamines. Het gaat hoofdzakelijk om **occasioneel** gebruik, dat bij jongens eveneens meer voorkomt dan bij meisjes (2% versus 0,5%).
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

LEEFTIJD

Met de **leeftijd** neemt het percentage leerlingen dat **ooit XTC** heeft gebruikt toe. Van de jongste leerlingen (12-14 jaar) die tijdens het schooljaar 2007-2008

zijn bevraagd heeft 0,6% ooit XTC gebruikt, bij de 15-16-jarigen is dit 4% en voor de oudste leerlingen 8%.
Het **laatste jaar** gebruiken bijna geen leerlingen van 12-14 jaar XTC (0,4%). 2% van de 15-16-jarigen en 4% van de 17-18-jarigen gebruikt het laatste jaar XTC, voornamelijk op occasionele basis.
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

Met de **leeftijd** neemt eveneens het percentage leerlingen dat **ooit amfetamines** heeft gebruikt toe. Van de jongste leerlingen (12-14 jaar) die tijdens het schooljaar 2007-2008 zijn bevraagd heeft 0,3% ooit amfetamines gebruikt, bij de 15-16-jarigen is dit 3% en voor de oudste leerlingen 5%.
Het **laatste jaar** gebruiken bijna geen leerlingen van 12-14 jaar amfetamines (0,2%). 2% van de 15-16-jarigen en 2% van de 17-18-jarigen gebruikten het laatste jaar amfetamines, voornamelijk op **occasionele** basis.
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

ONDERWIJSNIVEAU (TWEEDE EN DERDE GRAAD SECUNDAIR ONDERWIJS)

Wanneer voor het schooljaar 2007-2008 de verschillende onderwijsvormen worden vergeleken is het **ooit-gebruik** van **XTC** het laagst bij leerlingen in het ASO (2%), gevolgd door het TSO/KSO (6%) en het BSO (11%).
In het ASO zitten minder leerlingen die het **laatste jaar XTC** gebruiken (1%) dan in het TSO/KSO (3%) en het BSO (5%). In alle onderwijsvormen wordt XTC vooral **occasioneel** gebruikt. De weinige regelmatige gebruikers van XTC zijn voornamelijk te vinden in het BSO (1%).
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

Ooit-gebruik van **amfetamines** in het schooljaar 2007-2008 is eveneens het laagst in het ASO (1%), gevolgd door het TSO/KSO (5%) en het BSO (8%).
In het ASO zitten ook minder leerlingen die het **laatste jaar** amfetamines gebruiken (1%) dan in het TSO/KSO (2%) en het BSO (4%).
In alle onderwijsvormen wordt amfetamines vooral **occasioneel** gebruikt. De weinige regelmatige gebruikers van XTC zijn voornamelijk te vinden in het BSO (1%).
Vanwege de kleine aantallen en vanwege een verschillende steekproeftrekking kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

Samengevat

4% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit XTC gebruikt, 3% heeft ooit amfetamines gebruikt. 2% gebruikt het laatste jaar XTC, 1% amfetamines. Dit gebeurt vrijwel uitsluitend occasioneel.

Het ooit-gebruik van XTC en het gebruik van XTC tijdens het laatste jaar schommelt over de jaren heen, zonder een duidelijke lijn. Het ooit-gebruik van

amfetamines is sinds het schooljaar 2000-2001 over de hele periode gedaald, maar de laatstejaarsprevalentie is, na een lichte daling, sinds schooljaar 2004-2005 opnieuw iets aan het stijgen. Al deze verschillen zijn te klein om statistisch significant te zijn.

Meer jongens (5%) dan meisjes (3%) hebben ooit XTC gebruikt. Gebruik van XTC tijdens het laatste jaar komt eveneens meer voor bij jongens (3%) dan meisjes (1%). Dit geldt ook voor amfetamines. Van de jongens die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging hebben deelgenomen heeft 4% **ooit amfetamines** gebruikt tegenover 2% van de meisjes. Tijdens **het laatste jaar** gebruikt 2% van de jongens en 1% van de meisjes amfetamines.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

XTC-gebruik neemt sterk toe met de leeftijd: van de 17-18-jarigen heeft 8% ooit XTC gebruikt en gebruikt 4% het laatste jaar XTC. Met de leeftijd neemt eveneens het percentage leerlingen dat amfetamines gebruikt toe: van de 17-18-jarigen heeft 5% ooit amfetamines gebruikt, 2% doet dat het laatste jaar.

Bij leerlingen uit het ASO wordt gebruik van XTC en amfetamines weinig vastgesteld. In het TSO/KSO gebruikt 3% van de leerlingen het laatste jaar XTC, 2% amfetamines. In het BSO gebruikt 5% van de leerlingen het laatste jaar XTC, 4% amfetamines.

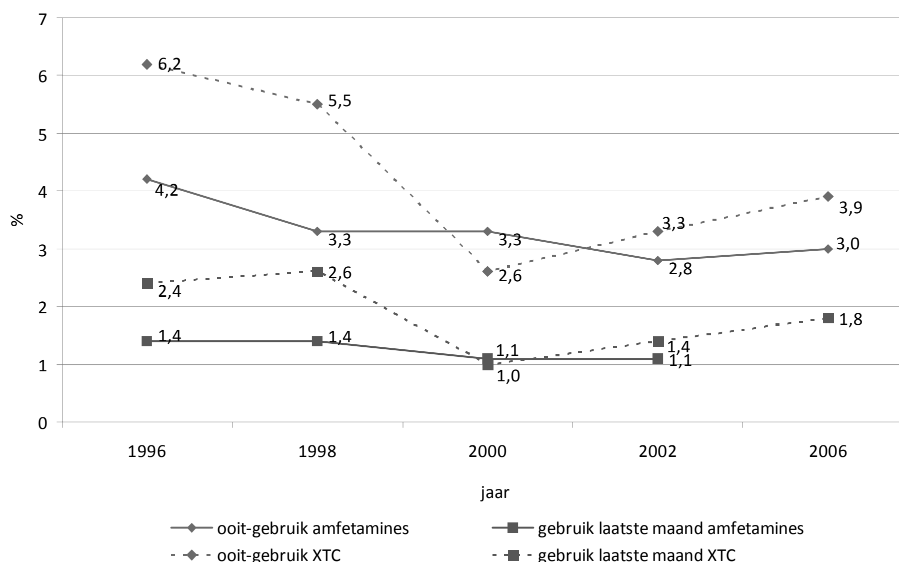
5.2.1.2 *HBSC-studie*

Over gebruik van XTC en amfetamines door de leerlingen in het secundair onderwijs (12-18 jaar) kunnen de gegevens van de HBSC-studies uit 1996, 1998, 2000, 2002 en 2006 vergeleken worden (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). De studie gaat na hoeveel keer leerlingen ooit XTC en amfetamines gebruikt hebben. Voor XTC wordt ook gepolst naar het aantal keer dat tijdens de laatste maand XTC gebruikt werd. Daarnaast wordt gevraagd of ze gemakkelijk aan XTC kunnen komen.

4% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie zijn bevraagd, hebben **ooit XTC** gebruikt, 3% heeft **ooit amfetamines** gebruikt (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). Gebruik van XTC en amfetamines tijdens de **laatste 12 maanden** wordt niet bevraagd. Gedurende de **laatste maand** gebruikt 2% van de bevraagde leerlingen **XTC** (voor amfetamines wordt dit in 2006 niet gevraagd). Van de leerlingen bevraagd in het onderzoek van 2002 zegt 1% dat ze de afgelopen maand amfetamines gebruiken.

Tegenover 1996 daalt in 2006 het aandeel leerlingen dat ooit amfetamines heeft gebruikt van 4% naar 3%. Voor het ooit-gebruik van XTC is de dalende tendens sterker. In 1996 heeft 6% van de leerlingen ooit XTC gebruikt, in 2006 is dat 4%.
Het percentage leerlingen dat de laatste maand XTC of amfetamines gebruikt blijft over de verschillende jaren op een zelfde peil.

Grafiek 36 – Evolutie van het gebruik van XTC en amfetamines bij scholieren van 12 tot en met 18 jaar, Vlaanderen, vanaf 1996



Bron: Hublet, Vereecken & Maes, 2008

SEKSE

Uit het HBSC-onderzoek van 2006 blijkt dat meer jongens (6%) dan meisjes (3%) ooit XTC hebben gebruikt.
Voor amfetamines is het sekseverschil iets minder groot. In 2006 gebruikt 4% van de jongens en 3% van de meisjes ooit amfetamines.
3% jongens en 1% meisjes gebruikt in 2006 tijdens de laatste maand XTC. Voor amfetamines is dat in 2006 niet meer bevraagd. In het onderzoek van 2002 zegt 2% van de jongens en 1% van de meisjes de laatste maand amfetamines gebruikt te hebben. 1% van de jongens gebruikt de laatste maand 3 keer of meer XTC of amfetamines.

Zowel bij jongens als meisjes is het ooit-gebruik van XTC tussen 1996 en 2006 gehalveerd. Tussen 1996 en 2006 daalt het percentage jongens dat ooit amfetamines heeft gebruikt maar het percentage meisjes dat ooit amfetamines heeft gebruikt blijft onveranderd.
In vergelijking met 1996 zijn er in 2006 de helft minder jongens die de laatste maand XTC gebruiken. Voor meisjes blijft het gebruik tijdens de laatste maand op eenzelfde peil.
Tussen 1996 en 2002 blijft het percentage jongens en meisjes dat de laatste maand amfetamines gebruikt onveranderd.

LEEFTIJD

Het **ooit-gebruik** van XTC en amfetamines neemt toe met de leeftijd. In 2006

gebruikt 1% van de 12-14-jarigen ooit XTC tegenover 4% van de 15-16-jarigen en 9% van de 17-18-jarigen. Het percentage leerlingen dat ooit amfetamines heeft gebruikt is vergelijkbaar. 1% van de 12-14-jarigen, 3% van de 15-16-jarigen en 7% van de 17-18-jarigen heeft ooit amfetamines gebruikt.
Gebruik van XTC tijdens de **laatste maand** komt vooral voor bij de 17-18-jarigen (4%). Van de 15-16-jarigen gebruikt 2% in de laatste maand XTC. Bij de 12-14 jarigen komt dit bijna niet voor. Gebruik van amfetamines tijdens de laatste maand komt eveneens vooral voor bij 17-18-jarigen. In 2002 gebruikt 3% van de 17-18-jarigen de laatste maand amfetamines. Van de 15-16-jarigen gebruikt 2% in de laatste maand amfetamines en bij de 12-14-jarigen komt dit bijna niet voor.

Tussen 1996 en 2006 is het **ooit-gebruik** van XTC bij de jongste leerlingen afgenomen. Bij de oudste leerlingen van 17-18 jaar blijft het ooit-gebruik van XTC stabiel.
Onder de jongste leerlingen zijn er in 2006 minder leerlingen die ooit amfetamines hebben gebruikt dan in 1996. Vergeleken met 1996 zijn er onder de oudste leerlingen in 2006 meer leerlingen die ooit amfetamines hebben gebruikt.
Het gebruik van XTC tijdens de **laatste maand** blijft in alle leeftijdsgroepen tussen 1996 en 2006 vergelijkbaar. Vooral bij de 17-18-jarigen is het percentage leerlingen dat de laatste maand amfetamines gebruikt tussen 1996 en 2002 toegenomen.

ONDERWIJSNIVEAU

Als de verschillende onderwijsvormen vergeleken worden blijkt dat in 2006 3% van de leerlingen uit het ASO **ooit** XTC gebruikte in vergelijking met 8% en 10% van de leerlingen uit respectievelijk het TSO en het BSO. Amfetaminegebruik komt eveneens meer voor bij leerlingen in het BSO of het TSO dan bij leerlingen in het ASO. In 2006 gebruikt 3% van de leerlingen uit het ASO ooit amfetamines. In het TSO en het BSO gaat het respectievelijk om 5% en 8% van de leerlingen.
Het BSO (5%) en het TSO (3%) telt het meest leerlingen die de **laatste maand** XTC gebruiken. In het ASO gebruikt 1% van de leerlingen de laatste maand XTC.
In 2002 gebruikt 4% van de leerlingen in het BSO en 3% van de leerlingen in het TSO de laatste maand amfetamines. In het ASO gebruikt 1% van de leerlingen de laatste maand amfetamines.

In 2006 zijn er ongeveer evenveel leerlingen die **ooit** XTC hebben gebruikt als in 1996 en dat in alle onderwijsvormen. In het BSO zijn er in 2006 meer leerlingen die ooit amfetamines hebben gebruikt vergeleken met 1996.
In het BSO is het percentage leerlingen dat de **laatste maand** XTC gebruikt tussen 1996 en 2006 iets toegenomen van 4% naar 5%. Gebruik van amfetamines tijdens de laatste maand vertoont een stijgende tendens voor de leerlingen in het BSO. In 1996 gebruikt 1% van de leerlingen in het BSO tijdens de laatste maand amfetamines. In 2002 doet 4% van de leerlingen in het BSO dat.

Samengevat

4% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, heeft ooit XTC gebruikt, 3% heeft ooit amfetamines gebruikt. 2% gebruikt de laatste maand XTC. Gebruik van amfetamines tijdens de laatste maand wordt in de HBSC-studie van 2006 niet onderzocht. Van de leerlingen bevraagd in het onderzoek van 2002 zegt 1% dat ze de afgelopen maand amfetamines gebruiken.

Ooit-gebruik van XTC en amfetamines is tussen 1996 en 2006 iets afgenomen. Het gebruik van XTC of amfetamines tijdens de laatste maand blijft de laatste jaren op hetzelfde peil.

Dubbel zoveel jongens als meisjes hebben ooit XTC gebruikt. Voor amfetaminegebruik is het sekseverschil minder groot. 3% jongens en 1% meisjes gebruikt tijdens de laatste maand XTC.
Zowel bij jongens als meisjes is het ooit-gebruik van XTC tussen 1996 en 2006 gehalveerd. Tussen 1996 en 2006 daalt het percentage jongens dat ooit amfetamines heeft gebruikt maar het percentage meisjes dat ooit amfetamines heeft gebruikt blijft onveranderd.

Het ooit-gebruik van XTC en amfetamines neemt toe met de leeftijd. 9% van de 17-18-jarigen heeft ooit XTC gebruikt, 7% amfetamines. Gebruik van XTC (4%) en amfetamines (3% in 2002) tijdens de laatste maand komt vooral voor bij de 17-18-jarigen.
Tussen 1996 en 2006 is het ooit-gebruik van XTC en amfetamines bij de jongste leerlingen afgenomen. Bij de oudste leerlingen van 17-18 jaar blijft het ooit-gebruik van XTC stabiel en is het ooit-gebruik van amfetamines toegenomen.
Het gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in alle leeftijdsgroepen tussen 1996 en 2006 vergelijkbaar. Bij de 17-18-jarigen is het percentage leerlingen dat de laatste maand amfetamines gebruikt tussen 1996 en 2002 toegenomen.

In het ASO is het percentage leerlingen dat ooit XTC of amfetamines gebruikt het laagst. Gebruik van XTC tijdens de laatste maand komt in het ASO bijna niet voor.
Het ooit-gebruik van XTC blijft in alle onderwijsvormen over de periode 1996-2006 vergelijkbaar. In het BSO is het ooit-gebruik van amfetamines tussen 1996 en 2006 toegenomen.

5.2.1.3 *ESPAD-studie*

Voor gebruik van XTC en amfetamines wordt in de ESPAD-studie nagegaan of leerlingen ooit, in de laatste 12 maanden en tijdens de laatste maand XTC of amfetamines hebben gebruikt en hoeveel keer ze dat deden. De ESPAD-studie polst tevens naar de leeftijd waarop voor het eerst XTC of amfetamines werd gebruikt.

In 2007 zegt 5% van de leerlingen bevraagd in ESPAD dat ze **ooit amfetami-**

nes hebben gebruikt (tabel 49) (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). Over gebruik van amfetamines tijdens het laatste jaar en de laatste maand zijn er geen data beschikbaar van het onderzoek uit 2007. In 2003 gebruikt 1% van de leerlingen het **laatste jaar** of de **laatste maand** amfetamines.
5% van de leerlingen die in 2007 aan de ESPAD-studie deelnamen hebben **ooit XTC** gebruikt (tabel 49). 4% neemt het **laatste jaar** XTC en 1% de **laatste maand**.

Tussen 2003 en 2007 is het percentage leerlingen dat ooit **amfetamines** heeft gebruikt gestegen van 3% naar 5% (tabel 49).
Het percentage leerlingen dat ooit of in het laatste jaar **XTC** heeft gebruikt is hoger in 2007 dan in 2003. Gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in 2003 en 2007 onveranderd.

SEKSE

Ongeveer evenveel meisjes als jongens hebben ooit **amfetamines** gebruikt (tabel 49).
In 2007 komt ooit-gebruik van **XTC** evenals gebruik tijdens het laatste jaar of de laatste maand iets meer voor bij jongens dan meisjes. In 2007 is het percentage meisjes dat ooit XTC heeft gebruikt vergelijkbaar met 2003 (tabel 49). Het percentage jongens dat ooit, het laatste jaar en de laatste maand XTC gebruikt is in 2007 hoger dan in 2003.

Tabel 49 – Frequentie van ooit-gebruik van XTC en amfetamines bij scholieren van 15 tot 16 jaar, Vlaanderen, 2003 en 2007 (%)

Amfetamines	**2003**			**2007**		
Aantal keer ooit gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	97,3	1,4	1,3	94,9	3,3	1,8
Meisjes	97,1	1,8	1,1	95,5	2,8	1,7
Totaal	**97,2**	**1,6**	**1,2**	**95,2**	**3,1**	**1,7**
XTC	**2003**			**2007**		
Aantal keer ooit gebruikt	0	1-2	3 of meer	0	1-2	3 of meer
Jongens	95,4	2,0	2,6	94,3	3,3	2,4
Meisjes	95,7	1,8	2,5	95,1	2,9	2,0
Totaal	**95,6**	**1,9**	**2,5**	**94,7**	**3,1**	**2,2**

Bron: Lambrecht & Andries, 2003, 2008

BEGINLEEFTIJD

Uit de ESPAD-gegevens van 2007 blijkt dat 0,1% van de leerlingen voor het eerst **XTC** gebruikt als ze 12 jaar of jonger zijn[119]. 0,6% start met XTC-gebruik

[119] Dit betreft 1 leerling.

op 13-jarige leeftijd. 1% gebruikt voor het eerst XTC op 14 jaar en 2% als ze 15 jaar zijn. 0,2% van de leerlingen gebruikt voor het eerst XTC op 16 jaar.
In 2007 gebruikt 0,3% van de leerlingen op 12 jaar of jonger voor het eerst **amfetamines**. 0,1% gebruikt voor het eerst amfetamines op 13 jaar. 0,5% van de leerlingen gebruikt voor het eerst amfetamines op een leeftijd van 14 jaar en 1% start met het gebruik van amfetamines op 15 jaar. 0,1% gebruikt voor het eerst amfetamines op 16 jaar.
Voor 2003 zijn de cijfers vergelijkbaar. Gezien de kleine aantallen kunnen geen verschillen in beginleeftijd van gebruik naar sekse gegeven worden.

Samengevat

In 2007 heeft 5% van de leerlingen bevraagd in het ESPAD-onderzoek ooit XTC gebruikt, 5% heeft ooit amfetamines gebruikt. 4% neemt het laatste jaar XTC en 1% de laatste maand. In 2003 gebruikt 1% van de leerlingen het laatste jaar of de laatste maand amfetamines.

Het percentage leerlingen dat ooit XTC of amfetamines heeft gebruikt is tussen 2003 en 2007 toegenomen. Ook het laatstejaarsgebruik van XTC neemt toe. Gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in 2003 en 2007 onveranderd.

Gebruik van XTC komt iets meer voor bij jongens dan meisjes. Ooit-gebruik van amfetamines komt evenveel voor bij meisjes als jongens.

2% van de leerlingen gebuikt XTC voor het eerst als ze 15 jaar zijn. 1% start met het gebruik van amfetamines op 15 jaar. De startleeftijden om met gebruik van XTC of amfetamines te beginnen zijn tussen 2003 en 2007 vergelijkbaar.

5.2.1.4 *Trends in gebruik van XTC, amfetamines door scholieren*

De resultaten van de drie bevragingen over middelengebruik die in Vlaanderen plaatsvinden bij scholieren in het secundair onderwijs zijn niet volledig vergelijkbaar aangezien ze met een andere doelstelling zijn opgezet, een andere methodologie (o.a. andere vragenlijst) volgen en een andere leeftijdsgroep beogen. Ooit-gebruik van XTC en amfetamines komt in de drie studies aan bod. Laatstejaarsgebruik van XTC wordt zowel in de VAD-leerlingenbevraging als de ESPAD-studie bevraagd. Gebruik van XTC tijdens de laatste maand komt in de HBSC-studie en in de ESPAD-studie aan bod.

Van de **scholieren in het secundair onderwijs** die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft 4% ooit XTC gebruikt, 3% heeft ooit amfetamines gebruikt. De HBSC-studie geeft identieke resultaten.
2% van de leerlingen bevraagd via de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar XTC, 1% amfetamines. Dit gebeurt vrijwel uitsluitend occasioneel. 2% van de leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt de laatste maand XTC. Gebruik van amfetamines tijdens de laatste maand wordt in de HBSC-studie van 2006 niet meer onderzocht.

De levens- en de laatstejaarsprevalentie van XTC schommelt over de jaren heen, zonder een duidelijke lijn. De levensprevalentie van amfetamines is sinds het schooljaar 2000-2001 over de hele periode gedaald, maar de laatstejaarsprevalentie is, na een lichte daling, sinds het schooljaar 2004-2005 opnieuw iets aan het stijgen. Al deze verschillen zijn te klein om statistisch significant te zijn. In de HBSC-studie is het ooit-gebruik van XTC en amfetamines tussen 1996 en 2006 iets afgenomen. Het gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft de laatste jaren op hetzelfde peil.

Meer jongens (5%) dan meisjes (3%) hebben ooit XTC gebruikt, zo blijkt uit de VAD-leerlingenbevraging. Gebruik van XTC tijdens het laatste jaar komt eveneens meer voor bij jongens (3%) dan meisjes (1%). Dit geldt ook voor amfetamines. 4% van de jongens en 2% van de meisjes heeft ooit amfetamines gebruikt. Het laatste jaar heeft 2% van de jongens en 1% van de meisjes amfetamines gebruikt. Uit de HBSC-studie komt naar voor dat 3% van de jongens en 1% van de meisjes tijdens de laatste maand XTC gebruikt.

Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren. Uit de HBSC-studie blijkt dat zowel bij jongens als meisjes het ooit-gebruik van XTC tussen 1996 en 2006 gehalveerd is. Tussen 1996 en 2006 daalt het percentage jongens dat ooit amfetamines gebruikt maar het percentage meisjes dat ooit amfetamines gebruikt blijft onveranderd.

De resultaten van de VAD-leerlingenbevraging laten zien dat XTC-gebruik sterk toeneemt met de leeftijd: van de 17-18-jarigen gebruikt 8% ooit XTC en 4% het laatste jaar. Met de leeftijd neemt eveneens het percentage leerlingen dat amfetamines gebruikt toe: van de 17-18-jarigen heeft 5% ooit amfetamines gebruikt, 2% doet dat het laatste jaar. In de HBSC-studie is het gebruik van XTC en amfetamines bij de 17-18-jarigen iets hoger. 9% van de 17-18-jarigen heeft ooit XTC gebruikt, 7% amfetamines. 4% van de 17-18-jarigen gebruikt tijdens de laatste maand XTC.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de leeftijdsspecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.
In de HBSC-studie is tussen 1996 en 2006 het ooit-gebruik van XTC en amfetamines bij de jongste leerlingen afgenomen. Bij de oudste leerlingen van 17-18 jaar blijft het ooit-gebruik van XTC stabiel en is het ooit-gebruik van amfetamines toegenomen. Het gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in alle leeftijdsgroepen tussen 1996 en 2006 vergelijkbaar.

Bij leerlingen uit het ASO wordt gebruik van XTC en amfetamines weinig vastgesteld. 6% van de leerlingen uit het TSO/KSO en 11% uit het BSO heeft ooit XTC gebruikt. 5% van de leerlingen in het TSO/KSO en 8% van de leerlingen in het BSO heeft ooit amfetamines gebruikt. De resultaten uit de HBSC-studie zijn hiermee vergelijkbaar. Van de leerlingen in het TSO/KSO bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 3% het laatste jaar XTC, 2% amfetamines. In het BSO gebruikt 5% van de leerlingen het laatste jaar XTC, 4% amfetamines. Volgens de HBSC-studie telt het BSO (5%) en het TSO (3%) het meest leerlingen

die de laatste maand XTC gebruiken.
Voor de VAD-leerlingenbevraging kunnen de cijfers naar onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de HBSC-studie blijkt dat het ooit-gebruik van XTC in alle onderwijsvormen over de periode 1996-2006 vergelijkbaar blijft. In het BSO is het ooit-gebruik van amfetamines tussen 1996 en 2006 toegenomen.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 gebruikt 5% ooit XTC of amfetamines, 4% gebruikt het laatste jaar XTC. Deze percentages zijn iets hoger dan in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie voor dezelfde leeftijdsgroep.
In het ESPAD-onderzoek is het percentage leerlingen dat ooit XTC of amfetamines heeft gebruikt tussen 2003 en 2007 toegenomen. Ook het laatstejaarsgebruik van XTC neemt toe. Gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in 2003 en 2007 onveranderd.
In de ESPAD-studie komt gebruik van XTC iets meer voor bij jongens dan meisjes. Ooit-gebruik van amfetamines komt evenveel voor bij meisjes als jongens.

5.2.2 Gebruik van XTC, amfetamines door studenten in het hoger onderwijs

Het onderzoek dat in 2005 is uitgevoerd bij de AUHA-studentenpopulatie peilt wat het gebruik van illegale middelen betreft ook naar het gebruik van XTC en amfetamines door studenten (Rosiers & Van Hal, 2007)[120]. 7% van de studenten van de AUHA heeft ooit **XTC** gebruikt, 3% gebruikt tijdens het laatste jaar XTC. 7% van de AUHA-studenten heeft ooit **amfetamines** gebruikt, 2% in het laatste jaar.

SEKSE

Sekseverschillen kunnen niet beschreven worden gezien het lage aantal studenten dat XTC of amfetamines gebruikt (Rosiers & Van Hal, 2007).

PERIODE

XTC wordt zelden op regelmatige basis (dit is minstens wekelijks) gebruikt (tabel 50) (Rosiers & Van Hal, 2007)[121]. Dagelijks gebruik van XTC komt bij de Antwerpse studenten in het hoger onderwijs niet voor.
Van het kleine aantal studenten dat **amfetamines** gebruikt doet een klein deel dat regelmatig, vooral tijdens de examen- en de vakantieperiodes. Tijdens de examens gebruikt 6% van de studenten die het afgelopen jaar amfetamines gebruiken dagelijks amfetamines.

---

120 De methodologie van dit onderzoek is beschreven in paragraaf 2.2.2.
121 Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week, regelmatig betekent minstens eenmaal per week tot dagelijks.

Tabel 50 – Frequentie van gebruik van XTC en amfetamines, per periode (enkel laatstejaars-gebruikers) door de AUHA-studentenpopulatie, 2005 (%)

XTC	Niet	Minder dan of 1 keer per maand	Minder dan 1 keer per week, meer dan 1 keer per maand	1 keer per week	Meer dan 1 keer per week, minder dan dagelijks	Dagelijks
Academiejaar	50,0	47,7	2,3	0,0	0,0	0,0
Examenperiode	97,8	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Vakantieperiode	27,3	59,1	11,4	2,3	0,0	0,0
Amfetamines	**Niet**	**Minder dan of 1 keer per maand**	**Minder dan 1 keer per week, meer dan 1 keer per maand**	**1 keer per week**	**Meer dan 1 keer per week, minder dan dagelijks**	**Dagelijks**
Academiejaar	44,1	47,1	0,0	2,9	2,9	2,9
Examenperiode	82,4	2,9	0,0	8,8	0,0	5,9
Vakantieperiode	32,4	47,1	8,8	2,9	5,9	2,9

Bron: Rosiers & Van Hal, 2007

BEGINLEEFTIJD

Van de ooit-gebruikers van **XTC** gebruikt er één (1%) op zijn dertiende. 9% doet dat voor het eerst op de leeftijd van 15 jaar. De meeste studenten gebruiken voor het eerst XTC op 16-jarige leeftijd (28%). 18% gebruikt XTC voor het eerst op 17 jaar en 16% als ze 18 jaar zijn. Tussen 19 en 22 jaar daalt het percentage starters tot zo'n 6%.

2% van de AUHA-studenten die ooit **amfetamines** hebben gebruikt starten daarmee voor hun vijftiende verjaardag (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2007). 8% gebruikt voor het eerst op 15 jaar. 29% gebruikt voor het eerst amfetamines op de leeftijd van 16 jaar. Op 17- en 18-jarige leeftijd starten respectievelijk 18% en 16% van de studenten met het gebruik van amfetamines. Tussen 19 en 21 jaar daalt het percentage starters tot 5 à 10%.

5.3 Gebruik specifieke groepen

5.3.1 Gebruik van XTC, amfetamines in het uitgaansleven

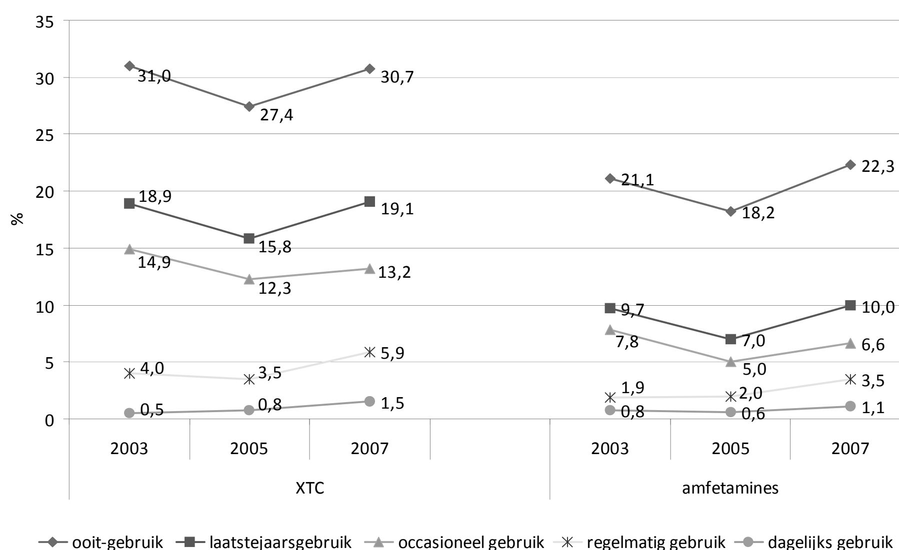
In het Partywise-uitgaansonderzoek is tijdens de zomer van 2007 het middelengebruik van 775 uitgaanders, 62% mannen en 38% vrouwen, bekeken (Van Havere, 2008)[122].
19% van de uitgaanders die in 2007 aan het onderzoek hebben deelgenomen

---

[122] De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.3.1.

heeft in het laatste jaar **XTC** gebruikt (grafiek 37). Dit gebeurt vooral occasioneel (13%). In de periode 2003-2007 blijft het XTC-gebruik ongewijzigd.
10% van de bevraagde uitgaanders heeft in het laatste jaar **amfetamines** gebruikt (grafiek 37). Ook amfetamines worden vooral occasioneel gebruikt (7%). In de periode 2003-2007 blijft het amfetaminegebruik ongewijzigd.

Grafiek 37 – Evolutie van gebruik van XTC, amfetamines bij uitgaanders in Vlaanderen, 2003-2007



Bron: van Havere, 2008

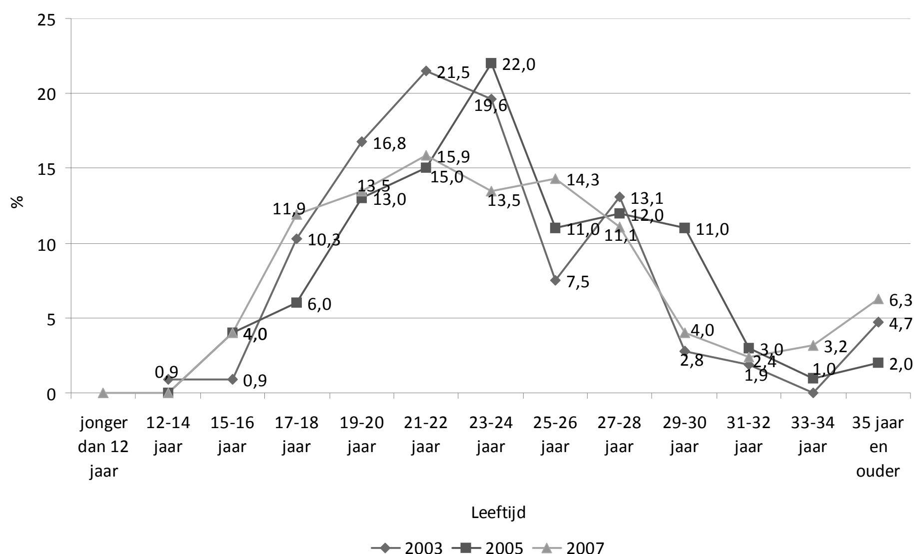
LEEFTIJD

Van de uitgaanders die het laatste jaar **XTC** gebruiken zijn de meesten tussen 21 en 22 jaar (16%) (grafiek 38) (Van Havere, 2008). Telkens 14% is 19-20 jaar, 23-24 jaar of 25-26 jaar. 12% van de XTC-gebruikers is 17-18 jaar en 4% is tussen 15 en 16 jaar.
De leeftijdsverdeling van uitgaanders die het laatste jaar XTC gebruiken vertoont voor 2003, 2005 en 2007 grotendeels dezelfde tendens. In 2007 zijn er minder XTC-gebruikers in de leeftijdsgroep 19-24 jaar in vergelijking met 2003. Het aantal gebruikers tussen 25 en 26 jaar en het aantal gebruikers van 33 jaar en ouder is in 2007 toegenomen.

Van de uitgaanders die het laatste jaar **amfetamines** gebruiken zijn de meesten tussen 17 en 18 jaar en tussen 23 en 24 jaar (telkens 16%) (grafiek 39) (Van Havere, 2008). 14% is tussen 21 en 22 jaar of tussen 25 en 26 jaar. 5% is tussen 15 en 16 jaar.
Voor de groep van 18 jaar en jonger en de groep 23 jaar en ouder tonen de onderzoeksresultaten van 2003, 2005 en 2007 dezelfde tendens. In 2003 is er

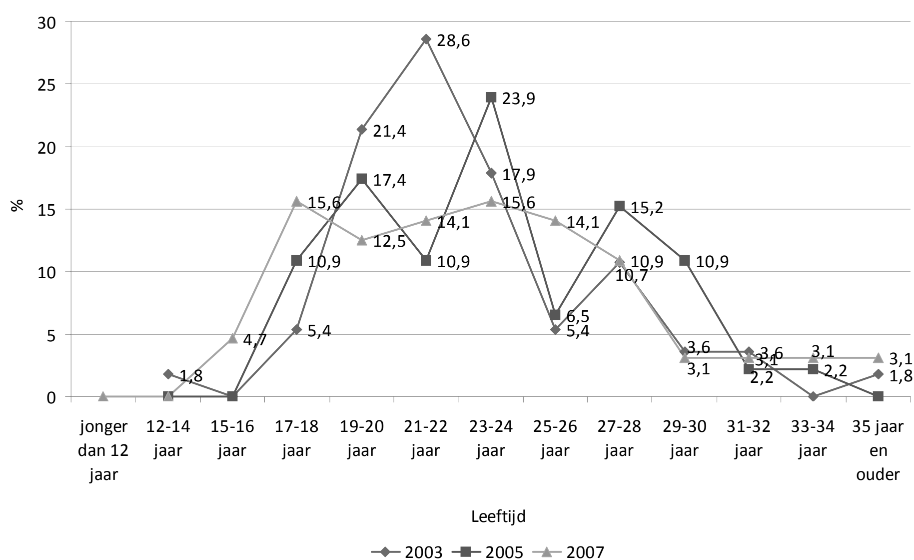
bij de 19-22-jarigen een piek te zien in aantal amfetaminegebruikers. In 2007 steekt deze leeftijdsgroep er niet meer bovenuit.

Grafiek 38 – Evolutie van de leeftijd van uitgaanders in Vlaanderen die het laatste jaar XTC gebruiken, 2003-2007



Bron: van Havere, 2008

Grafiek 39 – Evolutie van de leeftijd van uitgaanders in Vlaanderen die het laatste jaar amfetamines gebruiken, 2003-2007



Bron: van Havere, 2008

SEKSE

In 2007 zijn 8 op 10 uitgaanders die het laatste jaar **XTC** of **amfetamines** gebruiken mannen en 2 op 10 zijn vrouwen. Tussen 2003 en 2007 is het percentage vrouwelijke XTC-gebruikers fel gestegen van 15% naar 21%. Ook het percentage vrouwen dat amfetamines neemt stijgt van 16% naar 24%.

GEBRUIKSPATRONEN

XTC en amfetamines worden vooral tijdens het uitgaan gebruikt (Van Havere, 2008). In de periode 2003-2007 is het percentage uitgaanders dat deze middelen tijdens het uitgaan gebruikt wel afgenomen. Wat betreft amfetamines is er nog een aanzienlijk deel dat voor (32%) of na het uitgaan (22%) gebruikt. De meeste uitgaanders gebruiken XTC en amfetamines vooral in groep. Het individueel gebruik van XTC en amfetamines is in de periode 2003-2007 fel gedaald.

5.3.2 Gebruik van XTC, amfetamines door gedetineerden

Onderzoek in de Belgische gevangenissen uit 2006 toont aan dat 27% van de respondenten ooit, binnen of buiten de gevangenis, amfetamines heeft gebruikt (tabel 51) (Todts e.a., 2006)[123]. 28% heeft ooit XTC gebruikt. Tegenover 2003 is het ooit-gebruik van XTC of amfetamines onder gedetineerden afgenomen. Tijdens de huidige detentieperiode gebruikt 7% van de bevraagde gevangenen amfetamines en 5% XTC. In 2003 gebruikt ongeveer 1 op 10 gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode XTC of amfetamines. 1% heeft amfetamines voor het eerst leren gebruiken in de gevangenis. Voor XTC gaat het om 2%. Deze cijfers liggen eveneens hoger in 2003.

Tabel 51 – Gebruik van XTC, amfetamines door gedetineerden in België, 2000-2006 (%)

	Ooit-gebruik		Gebruik tijdens huidige detentie			Eerste gebruik in gevangenis		
	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)	2000 (n = 246)	2003 (n = 886)	2006 (n = 902)
Amfetamine	32,1	26,7	9,1	11,5	7,1	0,5	3,7	1,2
XTC	30,5	27,8	4,9	10,0	5,0	1,6	3,7	1,6

Bron: Todts e.a., 2006

5.3.3 Gebruik van XTC, amfetamines door ervaren cannabisgebruikers en cannabistelers

In de interviews met de **ervaren cannabisgebruikers** in het onderzoek ‘cannabis in Vlaanderen’ van Decorte e.a. (2003) wordt nagegaan in welke ma-

[123] De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 2.3.2.

te ervaren cannabisgebruikers ervaring hebben met het gebruik van XTC en amfetamines. De helft heeft ooit XTC gebruikt en 19% daarvan heeft in de laatste 3 maand XTC gebruikt. 4 op 10 ervaren cannabisgebruikers hebben ooit amfetamines gebruikt. 8% daarvan gebruikt tijdens de laatste 3 maand amfetamines.

Decorte en Tuteleers (2007) onderzoeken bij 89 **cannabistelers** of zij naast cannabis nog andere middelen gebruiken. 63% heeft ooit XTC gebruikt, 27% doet dat tijdens het laatste jaar en 10% gedurende de laatste maand. 51% heeft ooit amfetamines gebruikt, 17% doet dat tijdens het laatste jaar en 5% gedurende de laatste maand.

5.3.4 Gebruik van XTC, amfetamines door ervaren cocaïnegebruikers

Bijna alle ervaren cocaïnegebruikers die door Decorte en Slock (2005) geïnterviewd zijn, hebben ooit amfetamines gebruikt (96%) (tabel 1 in bijlage). 88% heeft ooit XTC gebruikt. 12% gebruikt de afgelopen twee weken amfetamines. XTC wordt door 5% van de ervaren cocaïnegebruikers de afgelopen twee weken gebruikt. Zowel het gebruik van amfetamines als van XTC is fel teruggelopen in deze groep bevraagde ervaren cocaïnegebruikers. In 1997 heeft nog 20% amfetamines gebruikt in de afgelopen twee weken. 33% heeft in 1997 de afgelopen twee weken XTC gebruikt.

5.4 XTC, amfetamines gecombineerd met ...

In het VAD uitgaansonderzoek (Van Havere, 2008), het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers (Decorte e.a., 2003) en het onderzoek bij ervaren cocaïnegebruikers (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005) is nagegaan of XTC en amfetamines in combinatie met andere middelen gebruikt worden.

In het **VAD-uitgaansonderzoek** kunnen uitgaanders in een open vraag aanduiden welke middelen zij meestal combineren (Van Havere, 2008). 211 respondenten hebben deze vraag beantwoord. 14% zegt meestal **alcohol met XTC** te combineren, 11% combineert **XTC** meestal met **cannabis**.

In het onderzoek bij **ervaren cannabisgebruikers** wordt aan de respondenten die ooit amfetamines of XTC hebben gebruikt gevraagd hoe vaak ze dat in combinatie doen met cannabis (Decorte e.a., 2003).
57% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit XTC hebben gebruikt combineren dit vaak of altijd met cannabis. 56% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit amfetamines hebben gebruikt combineren dit vaak of altijd met cannabis.

Zowel uit de originele als de follow-upstudie bij **ervaren cocaïnegebruikers** (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005) blijkt dat cocaïne niet zo vaak gecombineerd wordt met amfetamines of XTC. 5% gebruikt cocaïne vaak tot altijd in combinatie met amfetamines. 11% combineert cocaïne vaak tot altijd met XTC.

5.5 Europese vergelijking van gebruik XTC, amfetamines

Het gebruik van amfetamines en XTC stabiliseert of daalt in de meeste Europese landen na een algemene stijging in de jaren negentig (EMCDDA, 2008). Gemiddeld zegt 3% van alle Europese volwassenen (15-64 jaar) ten minste één keer **amfetamines** te hebben gebruikt. Gemiddeld 0,6% van de Europeanen gebruikt het afgelopen jaar amfetamines.
Gemiddeld 3% van de Europese volwassenen heeft ooit **XTC** geprobeerd, 0,8% in de laatste twaalf maanden.

Tabel 52 geeft een overzicht van het gebruik van XTC en amfetamines in de volwassen bevolking in enkele Europese landen. Vlaanderen scoort lager dan het Europees gemiddelde maar er zijn geen recente Vlaamse data voor deze leeftijdsgroep.

Tabel 52 – Gebruik van XTC en amfetamines bij de bevolking van 15-64 jaar in een aantal Europese landen (%)

		Gebruik XTC			Gebruik amfetamines		
Land	Jaar	Ooit	Tijdens laatste jaar	Tijdens laatste maand	Ooit	Tijdens laatste jaar	Tijdens laatste maand
België[124]	1994	0,5	0,1	-	0,9	0,3	-
Nederland	2005	4,3	1,2	0,4	2,1	0,3	0,2
Frankrijk	2005	2,0	0,4	0,1	1,4	0,1	0,1
Duitsland[125]	2006	2,0	0,4	0,2	2,5	0,5	0,3
Verenigd Koninkrijk	2004	6,7	1,9	0,9	11,7	1,5	0,5
Spanje	2005-2006	4,4	1,2	0,6	3,4	0,7	0,4
Italië	2005	2,5	0,5	0,2	2,4	0,4	0,2
EU		2,8	0,8		3,3	0,6	

Bron: EMCDDA, 2008; EMCDDA, 2009b

Onder jongvolwassenen (15-34 jaar) komt gebruik van XTC of amfetamines meer voor. 5% van de jongvolwassenen (15-34 jaar) heeft ooit amfetamines gebruikt. Gemiddeld heeft 1% van de jongvolwassen Europeanen in de laatste twaalf maanden amfetamines gebruikt.
6% van de 15-34-jarige Europeanen heeft ooit XTC gebruikt, 2% van deze leeftijdsgroep gebruikt de laatste twaalf maanden XTC.
De geschatte prevalentiewaarden zijn nog hoger als de 15- tot 24-jarigen worden bekeken.

Op Europees vlak zijn de gegevens over gebruik van XTC en amfetamines van scholieren van de **ESPAD-studie** goed te vergelijken. In het ESPAD-onderzoek

124 Cijfers zijn enkel voor Vlaanderen.
125 Voor Duitsland gaat het om de 18-64-jarigen.

van 2007 is gepolst naar het ooit-gebruik van amfetamines en naar het ooit-gebruik, het gebruik tijdens het laatste jaar en het gebruik tijdens de laatste maand van XTC (Hibell e.a., 2009) (tabel 53). Het ooit-gebruik van amfetamines bij 15-16-jarigen in Europa varieert van 0% (Armenië) tot 8% (Oostenrijk). Het ooit-gebruik van XTC bij 15-16-jarigen in Europa varieert van 1% (Armenië, Faroereilanden, Noorwegen, Roemenië) tot 7% (Het eiland Man, Letland). België deelt de 3de plaats wat betreft het ooit-gebruik van XTC met Tsjechië en Hongarije. Wat betreft ooit-gebruik van amfetamines neemt België eveneens de 3de plaats in net zoals Duitsland, het eiland Man en Malta.

Tabel 53 – Gebruik XTC, amfetamines bij scholieren van 15-16 jaar in een aantal Europese landen, 2007

Land	Ooit-gebruik amfetamines	Ooit-gebruik XTC	Gebruik XTC tijdens laatste jaar	Gebruik XTC tijdens laatste maand
België (Vlaanderen)	5%	5%	4%	1%
Duitsland	5%	3%	1%	1%
Frankrijk	4%	4%	2%	2%
Italië	4%	3%	2%	2%
Nederland	2%	4%	3%	2%
Verenigd Koninkrijk	2%	4%	3%	2%
EU	3%	3%	2%	1%

Bron: Hibell e.a., 2009

De resultaten over XTC- en amfetaminegebruik zijn niet gerapporteerd in het internationaal rapport van het **HBSC-onderzoek** 2005/2006 (Currie e.a., 2008).

De **Eurobarometer**-onderzoeken over jongeren en drugs polsen naar het gebruik van andere middelen dan cannabis in het algemeen maar maken geen onderscheid per middel (EORG, 2002; EORG, 2004).

5.6 Gevolgen van gebruik van XTC, amfetamines

5.6.1 Problematisch gebruik van XTC, amfetamines

Wanneer sprake is van problematisch middelengebruik is toegelicht in paragraaf 1.2. In de bevraging van de AUHA-studenten (Rosiers & Van Hal, 2007) is bij de respondenten gepolst of ze zelf problemen hebben ervaren met het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis. Hoeveel procent van de bevolking in de problemen komt door gebruik van XTC of amfetamines is niet bekend. Data uit de hulpverlening geven wel een beeld van het aantal en het profiel van personen dat hulp zoekt omwille van problemen met cocaïnegebruik (zie hoofdstuk 7).

PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN XTC, AMFETAMINES DOOR STUDENTEN IN HET HOGER ONDERWIJS

Problematisch gebruik van andere illegale drugs dan cannabis wordt in het onderzoek bij Antwerpse studenten in kaart gebracht aan de hand van de DAST-10 (Van Hal & Rosiers, 2007). Van de respondenten die het voorgaande jaar XTC, amfetamines of cocaïne gebruiken, blijkt dat meer dan 9 op de 10 gebruikers risicokenmerken vertonen. Bijna de helft vertoont een beperkt risico op drugsmisbruik (47%), een derde van de laatstejaarsgebruikers wordt gekenmerkt door een verhoogd risico (31%) en bij 1 op 7 laatstejaarsgebruikers is er sprake van een sterk verhoogd risico (14%)[126].

5.6.2 Gevolgen van het gebruik van XTC en amfetamines voor de gezondheid

In de VAD-dossiers over XTC en speed worden op basis van de wetenschappelijke literatuur de (gezondheids)risico's van gebruik van XTC en amfetamines uitgebreid besproken (Schrooten, 2007; Hermans e.a., 2005).
Uit diverse onderzoeken blijkt dat het gebruik van **XTC chronische psychiatrische stoornissen** kan uitlokken zoals angsten, depressie, negatieve psychobiologie, ... (Schrooten, 2007). Zware XTC-gebruikers kunnen een kwetsbaarheid voor cognitieve, affectieve en angststoornissen ontwikkelen. Deze kwetsbaarheid is voornamelijk te wijten aan de veranderde serotoninehuishouding in de hersenen.
Onder invloed van of na het gebruik van XTC kunnen **psychosen** voorkomen. Meestal gaat het dan om paranoïde psychosen. Dit komt voornamelijk voor bij langdurige gebruikers. XTC-gebruikers melden soms ook gevoelens van angst of paniekaanvallen wanneer ze onder invloed zijn van XTC.
Enkele dagen na het gebruik van XTC kunnen wel eens **depressieve klachten** optreden, de zogenaamde 'midweek blues'. XTC-gebruik in combinatie met andere psychoactieve middelen geeft een verhoogde kans op depressieve symptomen.
Acute somatische complicaties als gevolg van XTC-gebruik komen niet frequent voor. De belangrijkste zijn **hyperthermie** en het serotoninesyndroom. Hyperthermie (oververhitting) is een stijging van de lichaamstemperatuur boven de 40°C, een ernstige en levensbedreigende complicatie.
MDMA zorgt voor de afgifte van serotonine. Als dit te frequent of overmatig gebeurt, dan bestaat de kans op een **serotoninesyndroom**. Dit syndroom wordt gekenmerkt door verwardheid, zweten, diarree, verhoogde spierspanning, stuiptrekkingen en bibberen. Tevens kan het leiden tot hyperthermie met mogelijk de

---

[126] Op elke DAST-vraag antwoordt de laatstejaarsgebruiker met ja of neen. Elk antwoord levert een score van 0 of 1 op. Zo kan een DAST-10-score tussen 0 en 10 worden berekend. Om deze score te interpreteren, wordt volgend schema gehanteerd: 0 = geen problemen; 1-2 = beperkt risico op problemen, 3-5 = verhoogd risico op problemen, 6-10 = sterk verhoogd risico op problemen.

dood tot gevolg.
Andere mogelijke fysiologische complicaties van XTC-gebruik zijn **leverproblemen** en **cardiologische problemen**.
Hoe groter de hoeveelheid MDMA die de gebruiker slikt en hoe hoger de temperatuur waarbij er geslikt wordt, des te groter is de kans op hyperthermie en bijgevolg ook tot serotonerge beschadigingen in de hersenen. Schade aan de serotonineneuronen zorgen voor angsten en gemoedsschommelingen. Daarnaast zijn geheugenproblemen, verhoogde impulsiviteit, minder concentratievermogen en moeilijkheden bij cognitieve taken mogelijke gevolgen. Wat betreft de **neurotoxiciteit** van MDMA is verder onderzoek nodig. De huidige evidentie wijst in de richting van een verband tussen (fors) XTC-gebruik en hersenschade.
MDMA zorgt niet echt voor fysische ontwenningsverschijnselen, maar het zorgt wel voor lichamelijke uitputting en vermoeidheid die kunnen aanzetten tot nieuw gebruik. Daarnaast kan MDMA wel leiden tot **psychische afhankelijkheid**.

Speed kan verschillende toxische effecten hebben, namelijk op het **centrale zenuwstelsel** (psychose, hyperthermie, een beroerte en soms ook rhabdomyolysis), op het **cardiovasculair systeem** (hartritmestoornissen, hartaanval en hartspierziektes) en op het **cerebrovasculaire systeem** (hartaanval, aneurisma en hersenbloeding) (Hermans e.a., 2005).
Na het stopzetten van speedgebruik kan een **amfetaminegerelateerde psychose** optreden, een toxische reactie die in vele aspecten lijkt op schizofrenie. Een amfetaminepsychose kan optreden na chronisch gebruik of na een eenmalige hoge dosis speed. Nadat de speed is uitgewerkt, kan de gebruiker zich **depressief** voelen of last hebben van **stemmingsschommelingen**. In extreme gevallen kan dit leiden tot **zelfmoordpogingen**.
Kenmerkend voor chronisch gebruik is een **minder stabiele mentale toestand** met een lagere zelfwaardering en paranoïde gedachten. Hoge doses kunnen psychosen en zware depressies uitlokken.
Op fysiologisch vlak leidt langetermijngebruik van speed tot schade aan het **gebit** door het knarsetanden.
Speed is voor zover bekend niet kankerverwekkend.
Door **veel te injecteren** kan de gebruiker schade oplopen: aderontsteking, bulten en builen op de huid, tijdelijke blokkering van de aders, ineenzakken van de aders, ... tot in extreme gevallen zelfs trombose en longembolie. Door de relatief korte werkingsduur van speed (in vergelijking met heroïne) komt frequent injecteren bij speedgebruikers veel voor. Verschillende studies leggen een verband tussen HIV-infectie en een hoge injectiefrequentie.

5.6.2.1 *Morbiditeit*

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal personen die lichamelijke of psychische aandoeningen ondervinden als gevolg van gebruik van XTC of amfetamines. In de minimale klinische gegevens en de minimale psychiatrische gegevens wordt wel opgetekend hoeveel personen in ziekenhuizen opgenomen

worden voor misbruik of afhankelijkheid van XTC of amfetamines (zie hoofdstuk 7.6).

5.6.2.2 *Sterfte door gebruik van XTC en amfetamines*

Het WIV heeft de druggerelateerde overlijdens in **Vlaanderen en Brussel** voor de periode **1998-2004** geanalyseerd op basis van het algemeen mortaliteitsregister (Jossels e.a., 2007). Druggerelateerde overlijdens zijn uit dit bestand geselecteerd op basis van de definitie 'selectie B' van het EMCDDA. Tussen 1998 en 2004 zijn in Vlaanderen en Brussel in totaal 467 druggerelateerde doden geregistreerd, 384 mannen (82%) en 83 vrouwen.
Van de 467 druggerelateerde doden is in 55% van de gevallen de substantie bekend waaraan de persoon is overleden. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). XTC of amfetamines kunnen dan een van de gebruikte middelen zijn. In 5% van de gevallen is gebruik van andere stimulantia dan cocaïne de doodsoorzaak.

Vlaanderen publiceert ieder jaar statistieken van de doodsoorzaken die per onderliggende doodsoorzaak zijn weergegeven naar sekse en leeftijd (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b). De laatst verschenen overlijdensstatistieken zijn deze van 2006. Uitgaande van de 'strikte definitie' van het EMCDDA kunnen daaruit het aantal druggerelateerde overlijdens in Vlaanderen berekend worden voor de periode **1998-2006**.
In het Vlaams gewest zijn in de periode 1998-2006 374 personen, 296 mannen en 78 vrouwen, overleden als gevolg van het gebruik van illegale drugs (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b; Vlaamse Overheid, 2004a-b). Directe sterfte door gebruik van stimulantia dan cocaïne kwam in Vlaanderen in deze periode voor bij 11 personen, waaronder 10 mannen en 1 vrouw. Ieder jaar zijn er 1 à 2 sterfgevallen te direct wijten aan het gebruik van stimulantia. In 2005 en 2006 werden er in Vlaanderen geen directe overlijdens in verband gebracht met gebruik van andere stimulantia dan cocaïne.
Het exact aantal sterfgevallen door gebruik van XTC of amfetamines is niet bekend.

5.6.3 Rijden onder invloed van XTC en amfetamines

Experimentele studies over het gebruik van XTC en amfetamines vinden zowel positieve als negatieve effecten op het rijgedrag (Raes e.a., 2008; Van Vlierden & Lammar, 2007). Dit zou deels kunnen samenhangen met het gebruik van lagere dosissen in experimentele studies dan in werkelijkheid bij drugsmisbruik (Van Vlierden & Lammar, 2007). Amfetamine en metamfetamine kunnen vooral bij vermoeide personen een positief stimulerend effect hebben op cognitieve en psychomotorische functies. Negatief is dat in rijsimulatortests gezien wordt dat de algemene rijcapaciteit afneemt (Raes e.a., 2008). Chronisch gebruik van amfetamines en XTC veroorzaakt psychomotorische en cognitieve stoornissen

die de rijvaardigheden kunnen verminderen zelfs wanneer het individu niet geïntoxiceerd is.

Uit de analyse van de laboratoriumgegevens van de bloedstalen na drugcontroles van de politie blijkt dat MDMA (XTC) het meest voorkomende product is na THC (Scheers e.a., 2006) (tabel 5 in bijlage). In 28% van het totaal aantal bloedstalen dat in de periode 2000-2004 wordt gecontroleerd, wordt MDMA teruggevonden. 18% van de geanalyseerde bloedstalen bevat amfetamines.
Het percentage bloedstalen waarin MDMA voorkomt is tussen 2000 en 2004 fel gedaald van 52% naar 19% (tabel 5 in bijlage) (Scheers e.a., 2006). Het percentage bloedstalen waarin amfetamines worden aangetroffen bleef in de periode 2000-2004 constant.

Uit het onderzoek van Raes & Verstraete (2005) waarbij bloedstalen afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs afkomstig van 5 politierechtbanken geanalyseerd worden voor de periode 2000-2005, blijkt dat 82 bestuurders (20%) van de 450 positief zijn voor MDMA. 80 bestuurders (20%) rijden onder invloed van amfetamines[127].

5.6.4 Verkeers- en andere ongevallen onder invloed van XTC en amfetamines

Er is een toenemend risico op een ongeval en/of risico om verantwoordelijk te zijn voor een **verkeersongeval** bij gebruik van amfetamines. Het risico verhoogt wanneer amfetamines in combinatie met alcohol worden gebruikt (Raes e.a., 2008).

In de bloed- en urineanalyses verricht in 1995-1996 in het kader van de **Belgian Toxicology and Trauma Study** bij verkeersslachtoffers van 14 jaar en ouder die op spoeddiensten terecht komen, is bij 3% van de slachtoffers amfetamines aangetroffen (tabel 6 in bijlage) (Meulemans e.a., 1996). Het gaat vooral om bestuurders tussen 18 en 34 jaar (tabel 7 in bijlage).

In 2000-2004 zijn 123 **processen-verbaal** opgemaakt op basis van artikel 37bis naar aanleiding van een ongeval met gekwetsten en 24 naar aanleiding van een dodelijk ongeval (Scheers e.a., 2006). In 18 bloedstalen is MDMA aangetroffen, 16 bij letselongevallen en 2 bij dodelijke ongevallen. In 13 bloedstalen worden amfetamines aangetroffen, 12 bij letselongevallen en 1 bij dodelijke ongevallen.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het voorkomen van XTC- of amfetaminegebruik bij **andere ongevallen**.

[127] De percentages zijn berekend op het totaal aantal bloedstalen waarin de aanwezigheid van middelen boven de wettelijke grenswaarde is gevonden (n = 402).

5.6.5 Criminaliteit gerelateerd aan gebruik van XTC en amfetamines

De politiestatistiek geeft een overzicht van de geregistreerde feiten in verband met XTC en amfetamines. Bij de parketten vindt een jaarlijkse registratie van druggebruikers plaats die een zicht geeft op het aantal gebruikers van XTC en amfetamines. Andere gegevens in verband met de gerechtelijke afhandeling maken geen onderscheid naar het gebruikte middel (bv. parketstatistiek, veroordelingsstatistiek, statistiek van de jeugdparketten, ...).

5.6.5.1 *Misdrijven in verband met XTC, amfetamines geverbaliseerd door de politiediensten*

OVERTREDINGEN VAN DE DRUGWETGEVING

In 2007 heeft in Vlaanderen 6% van het totaal aantal geregistreerde misdrijven door de federale politie te maken met XTC en 11% met amfetamines[128].
De criminele feiten die de politie in verband met XTC in de ANG registreert zijn zowel in België als in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 afgenomen (tabel 54). Er worden vooral minder feiten in verband met XTC-gebruik en -bezit geregistreerd.

Tabel 54 – Aantal door de politiediensten geregistreerde feiten in verband met XTC en amfetamines, 2004-2007

	XTC				Amfetamines			
België	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Bezit	1.110	896	705	665	1.014	1.025	1.109	1.095
Gebruik	575	524	392	365	718	726	705	717
Fabricatie	7	6	3	6	8	9	8	9
Handel	909	867	780	703	917	890	805	744
In- en uitvoer	201	121	135	144	111	120	158	147
Totaal	**2.802**	**2.414**	**2.015**	**1.883**	**2.768**	**2.770**	**2.785**	**2.712**
Vlaams Gewest	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Bezit	872	707	556	480	894	912	955	958
Gebruik	469	464	333	295	683	696	657	668
Fabricatie	6	5	3	6	8	9	8	8
Handel	744	713	652	540	646	674	840	817
In- en uitvoer	117	66	96	82	84	83	122	98
Totaal	**2.208**	**1.955**	**1.640**	**1.403**	**2.315**	**2.374**	**2.582**	**2.549**

Bron: Federale politie, 2008a

[128] Het totaal aantal geregistreerde misdrijven voor illegale drugs bedraagt voor Vlaanderen in 2007 24.146.

De meeste criminele feiten die de politie in verband met XTC registreert, hebben te maken met handel in XTC. Pas op de tweede plaats komt XTC-bezit.
Het aantal criminele feiten dat de politie in verband met amfetamines registreert blijft in België tussen 2004 en 2007 stabiel. In Vlaanderen worden in 2007 iets meer feiten geregistreerd in vergelijking met 2004 (tabel 54). Het gaat dan vooral om meer feiten in verband met handel in amfetamines. De meeste criminele feiten die de politie in verband met amfetamines registreert hebben te maken met bezit. Op de tweede plaats komt handel in amfetamines.

ANDERE DRUGGERELATEERDE CRIMINALITEIT

In het onderzoek van De Ruyver e.a. (2008) dat de druggerelateerde criminaliteit in België in kaart brengt zijn 1.089 politionele dossiers uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties geanalyseerd inzake eigendomsdelicten, geweldsdelicten, seksuele delicten en inbreuken op de drugwetgeving. In 6% van de bestudeerde dossiers van de verdachten worden amfetamines genoemd[129] (tabel 8 in bijlage). XTC komt in 3 dossiers in combinatie met cannabis voor (3%).
Uit de studie blijkt verder dat het type middel gerelateerd is aan het delicttype. Heroïne en cannabis worden het vaakst genoemd in dossiers inzake eigendomsdelicten. XTC komt niet vaak voor in de druggerelateerde gewelds- en eigendomsdossiers (tabel 9 in bijlage). Bij seksuele delicten komt XTC op de tweede plaats na cannabis. Amfetamines komen vooral voor in de dossiers van eigendomsdelicten.

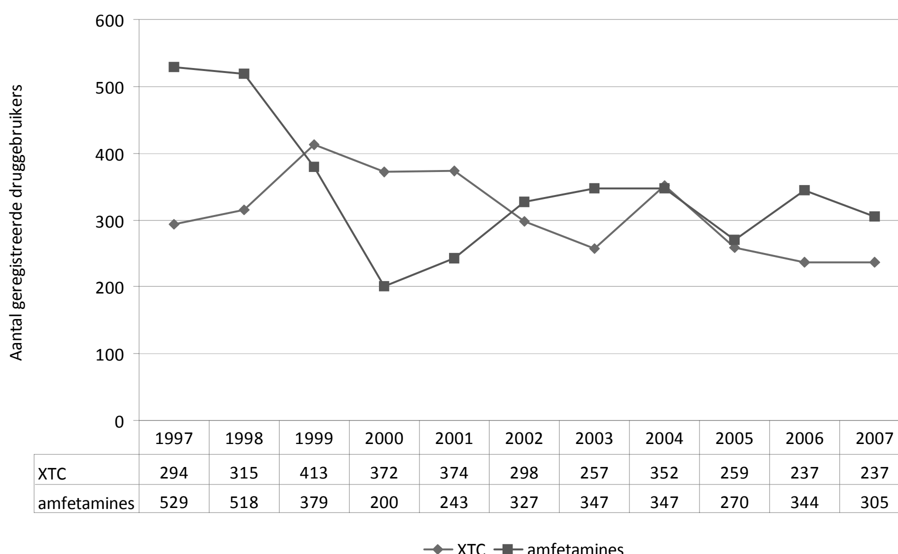
5.6.5.2 *Gebruikers van XTC en amfetamines geregistreerd door de parketten*

Gegevens over de behandeling van de strafzaken door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg zijn niet beschikbaar volgens middel. Het totaal aantal ingestroomde, afgesloten en hangende zaken is besproken in paragraaf 2.6.6.2.

Uit registratieonderzoek bij geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel blijkt dat in 2007 9% van de druggebruikers die bij de parketten in Vlaanderen en Brussel geregistreerd worden **XTC** gebruikt, in 1997 gaat het om 7% (tabel 10 in bijlage) (Van Hal e.a., 2005; Fraeyman & Van Hal, 2009). Tussen 1997 en 2001 stijgt het aantal XTC-gebruikers dat bij de parketten geregistreerd wordt (grafiek 40). Nadien neemt het aantal jaar na jaar af met als uitzonderingsjaar 2004.
11% van de druggebruikers die in 2007 bij de deelnemende parketten geregistreerd worden, gebruiken **amfetamines**. In 1997 gaat het om 12%. Over heel de periode 1997-2007 is het aantal geregistreerde amfetaminegebruikers bij de parketten fors gedaald.

[129] Het gaat enkel over de middelen die de verdachte gebruikt/bezit.

Grafiek 40 – Evolutie van het aantal XTC- en amfetaminegebruikers bij de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
XTC	294	315	413	372	374	298	257	352	259	237	237
amfetamines	529	518	379	200	243	327	347	347	270	344	305

Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

LEEFTIJD

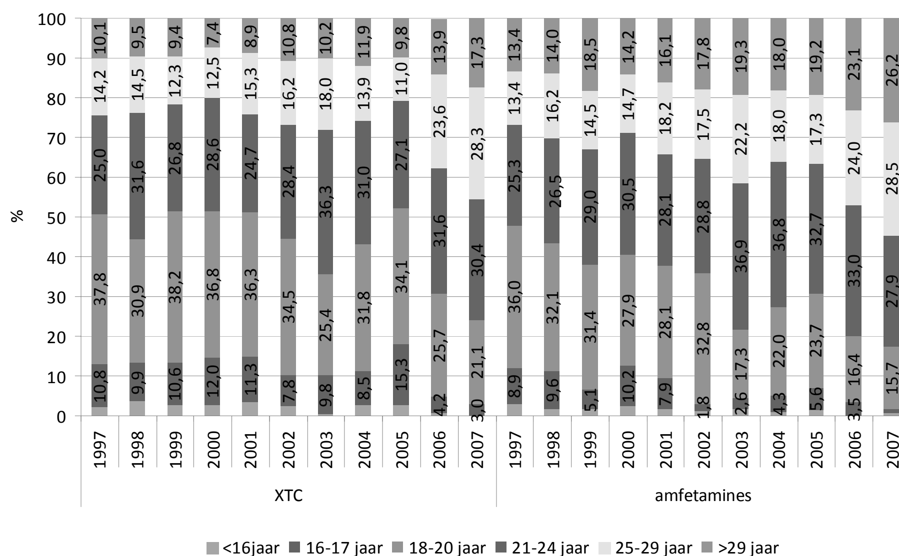
In 2007 is een kwart van de geregistreerde **XTC-**gebruikers bij de parketten 20 jaar of jonger (grafiek 41). Het grootste deel, 3 op 10 gebruikers, is tussen 21 en 24 jaar. Bijna evenveel gebruikers van XTC zijn tussen 25 en 29 jaar oud, 17% is ouder dan 29 jaar.
Het percentage minderjarige gebruikers van XTC die door het parket geregistreerd worden is tussen 1997 en 2007 fel afgenomen van 13% naar 3%. Ook het aandeel XTC-gebruikers tussen 18 en 20 jaar slinkt. Vooral de laatste twee jaar zijn er meer XTC-gebruikers uit de oudere leeftijdsgroepen geregistreerd (21 jaar en ouder); tegenover 1997 is het aandeel van de XTC-gebruikers van 25-29 jaar in 2007 verdubbeld.
In 2007 is 2% van de geregistreerde **amfetamine**gebruikers bij de parketten minderjarig (grafiek 41), 16% is tussen 18 en 20 jaar. Het grootste deel, 3 op 10 gebruikers, is tussen 25 en 29 jaar. Bijna evenveel gebruikers van amfetamines zijn tussen 21 en 24 jaar oud. Ruim een kwart is ouder dan 29 jaar.
Het percentage minderjarige gebruikers van amfetamines die door het parket geregistreerd worden, is tussen 1997 en 2007 fel afgenomen van 12% naar 2%. Het aandeel amfetaminegebruikers tussen 18 en 20 jaar halveert. In de oudere leeftijdsgroepen stijgt het aandeel amfetaminegebruikers aanzienlijk.

SEKSE

In 2007 is 9 op 10 van de geregistreerde **XTC**-gebruikers man, 1 op 10 is vrouw (grafiek 42). Het aandeel vrouwelijke geregistreerde XTC-gebruikers is over de jaren heen iets afgenomen van 15% in 1997 naar 11% in 2007.

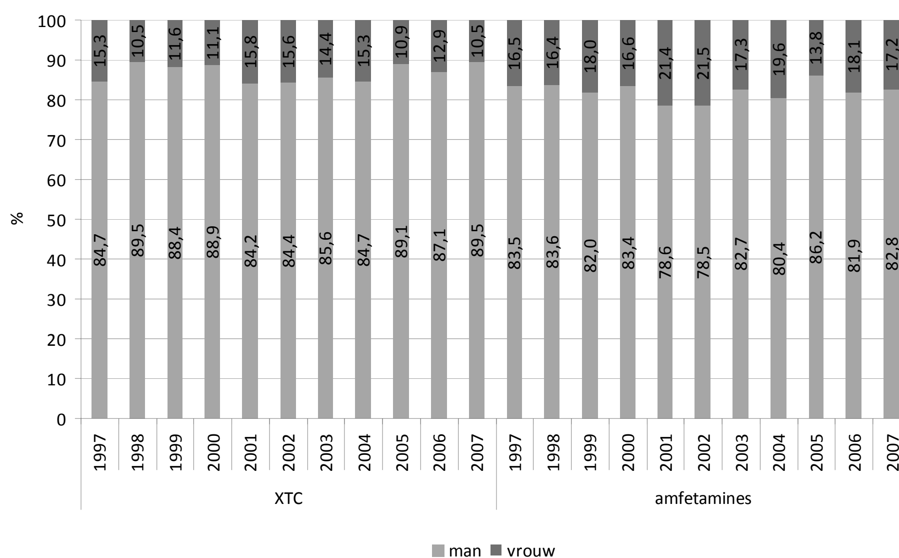
In 2007 is 83% van de geregistreerde **amfetamine**gebruikers man, 17% is vrouw (grafiek 42). Het aandeel geregistreerde vrouwelijke gebruikers van amfetamines blijft over de jaren heen stabiel.

Grafiek 41 – Leeftijdsverdeling van gebruikers van XTC en amfetamines geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

Grafiek 42 – Sekseverdeling van gebruikers van XTC en amfetamines geregistreerd door de parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007



Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

5.6.5.3 *Alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers*

Uit het onderzoek van De Ruyver e.a. (2007) waarin gerechtelijke dossiers uit 1999 en 2001 zijn onderzocht van personen die een alternatieve afhandeling opgelegd krijgen, blijkt dat het in 28% van de dossiers over **amfetamine**gebruik gaat en in 31% van de dossiers sprake is van **XTC**-gebruik.

5.7 Aanbod van XTC en amfetamines

5.7.1 Beschikbaarheid van XTC en amfetamines

In de enquêtes bij scholieren (ESPAD-onderzoek en HBSC-studie) is gevraagd of jongeren gemakkelijk aan XTC en amfetamines kunnen komen. In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de Euregio Scheldemond is grensoverschrijdend aankoopgedrag een van de bevraagde onderwerpen (Lombaert, 2005). Voor volwassenen is niet geweten of zij gemakkelijk aan XTC en amfetamines kunnen komen.

Uit de HBSC-**studie** blijkt dat jongens gemakkelijker aan **XTC** geraken dan meisjes (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). In 2006 zegt 19% van de jongens en 11% van de meisjes dat ze zonder problemen aan XTC kunnen geraken. Vergeleken met 1996 is dat heel wat minder: 36% van de jongens en 19% van de meisjes zegt dan dat ze zonder problemen aan XTC kunnen komen.
Voor de jongste leerlingen is het niet zo gemakkelijk om aan XTC te geraken. In 2006 denkt 6% van de 12-14-jarigen dat ze zonder problemen aan XTC kunnen geraken. 15% van de 15-16-jarigen en 27% van de 17-18-jarigen zegt zonder problemen aan XTC te kunnen komen. In 1996 zijn er in alle leeftijdsgroepen meer leerlingen die beweren gemakkelijk aan XTC te kunnen komen.
Een kwart van de leerlingen uit het BSO en het TSO kunnen gemakkelijk aan XTC geraken terwijl dit in het ASO maar voor 15% van de leerlingen geldt. Tussen 1996 en 2006 is de gepercipieerde toegankelijkheid van XTC voor alle onderwijsvormen afgenomen.
De HBSC-studie gaat niet na of leerlingen gemakkelijk aan amfetamines kunnen geraken.

In de **ESPAD-studie** van 2007 wordt aan de leerlingen gevraagd of het moeilijk is om aan **XTC en amfetamines** te komen (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008).
Een kwart van de leerlingen die in 2007 in de ESPAD-studie bevraagd zijn zegt heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan XTC of amfetamines te geraken. Voor jongens en meisjes blijkt het verkrijgen van XTC of amfetamines even gemakkelijk te gaan.
In de ESPAD-studie van 2003 zijn er minder leerlingen die zeggen dat ze heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk aan XTC of amfetamines kunnen geraken (respectievelijk 22% en 19%). De jongens zijn er positiever over dan de meisjes.

In het onderzoek over het middelengebruik van scholieren in de **Euregio Scheldemond** is gevraagd of leerlingen al de Belgisch-Nederlandse grens hebben overgestoken voor de aankoop van amfetamines. Minder dan 1% van de leerlingen heeft dat al gedaan (Lombaert, 2005).

5.7.2 Inbeslagnames van XTC en amfetamines

Van de stimulerende middelen XTC en amfetamines worden in België voornamelijk amfetamines door de politiediensten in beslag genomen (Federale Politie, 2008d) (tabel 55). Er moet wel rekening mee gehouden worden dat de data over de inbeslagnames van XTC onvolledig zijn.
In 2007 worden 2.767 vangsten van amfetamines opgetekend, dat is ruim dubbel zoveel vergeleken met 1999. Tegenover 2005 is het aantal inbeslagnames van amfetamines met 30% gedaald.
In 2007 zijn er 1.798 XTC vangsten, dat zijn 698 meer vangsten vergeleken met 1999. Sinds 2005 zijn er ieder jaar minder inbeslagnames van XTC.
In 2007 betreft 7% van het totaal aantal inbeslagnames amfetamines, 5% van de inbeslagnames betreft XTC (tabel 14 in bijlage).

Tabel 55 – Aantal inbeslagnames van XTC en amfetamines in België, 1999-2007

Jaar	XTC	Amfetamines
1999	1.100	1.063
2000	2.504	974
2001	geen info	geen info
2002	geen info	3.825
2003	geen info	3.702
2004	geen info	4.734
2005	2.531	3.976
2006	2.142	3.116
2007	1.798	2.767

Bron: Federale Politie, 2008d

In de periode 1990-1998 worden in België 12 synthetische druglaboratoria ontdekt (Vanhyfte, 2005). Tussen 1999 en 2003 worden 42 dergelijke sites ontdekt. In 65% van de gevallen wordt XTC geproduceerd.

5.7.3 Prijs van XTC en amfetamines

De prijzen van XTC en amfetamines die de federale politie jaarlijks berekent en de gecorrigeerde prijzen van XTC en amfetamines volgens de CPI zijn weergegeven in tabel 56. De prijs van een tablet XTC is de laatste 10 jaar gedaald van

7 EUR in 1997 naar 4 EUR in 2007 (tabel 56) (Federale politie, 2008c). De gemiddelde prijs voor amfetamines stijgt tussen 1999 en 2007 met 1 EUR.

Tabel 56 – Gemiddelde straatprijs van XTC en amfetamines in België en gecorrigeerde prijs van XTC en amfetamines op basis van de CPI, 1997-2007 (in EUR)[130]

	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007
XTC (per tablet)	6,5	8,7	7,2	7,3	6,3	5,5	4,2	3,3	4,0
Gecorrigeerde prijs XTC (per tablet)	7,3	9,7	7,9	7,8	6,6	5,6	4,1	3,1	3,7
Amfetaminepoeder (per gram)	geen info	geen info	7,9	5,0	11,9	10,0	9,9	8,5	10,5
Gecorrigeerde prijs amfetaminepoeder (per gram)	geen info	geen info	8,7	5,4	12,5	10,2	9,6	8,1	9,7

Bron: Federale politie, 2008c; Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2005; Sleiman & Roelands, 2006

5.7.4 Zuiverheid van XTC en amfetamines

Verhalen van gebruikers dat XTC tegenover vroeger onzuiverder is, worden niet bevestigd door laboratoriumresultaten. In het kader van het EWS worden in 14 erkende toxicologische laboratoria in België drugstalen geanalyseerd (Schrooten, 2005). Het WIV centraliseert de resultaten in een databank. De XTC stalen zijn voornamelijk afkomstig uit inbeslagnames. Tussen 1999 en 2003 is het aandeel van pillen met een MDMA-achtige stof toegenomen van 64% naar 90%. Een klein aandeel van de pillen bevat een MDMA-achtige stof samen met een andere stof meestal analgetica. Het percentage pillen dat geen MDMA-achtige stof bevat is tussen 1999 en 2003 afgenomen.
Het percentage hooggedoseerde XTC-pillen (120-200 mg MDMA) is tussen 2002 en 2004 fel gestegen. In 2002 is in het EWS-netwerk geen enkele melding gemaakt van hooggedoseerde XTC-pillen, in 2004 worden 19 hooggedoseerde XTC-pillen gesignaleerd.

Van substanties die door politiediensten en douane in beslag genomen worden en die gerapporteerd worden via het EWS wordt de zuiverheid nagegaan (Lamkaddem & Roelands, 2008). Het gaat zowel om inbeslagnames op gebruikersniveau als om grote inbeslagnames op bijvoorbeeld de luchthaven.
Tussen 1999 en 2006 is de gemiddelde zuiverheid van **amfetamines** die in België in beslag wordt genomen verminderd (tabel 57).
Voor **XTC** is pas vanaf 2005 informatie over de zuiverheid beschikbaar (tabel

130 De prijzen in de tabel zijn de prijzen van illegale middelen zoals de federale politie ze overmaakt aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) voor het jaarlijks Belgisch nationaal rapport. Voor 2002 en 2004 zijn er geen politiecijfers beschikbaar over de gemiddelde prijzen van illegale drugs.

57). In 2005 zijn de geanalyseerde XTC tabletten zuiverder dan in 2006[131].

Tabel 57 – Gemiddelde zuiverheid van amfetamines en XTC in België, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Amfetamines (%)	25,9	9,8	22,4	23,9	30,5	30,8	20,4	15,0
XTC (mg MDMA per tablet)	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	56,0	31,1

Bron: Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2003; Sleiman & Roelands, 2006; Sleiman & Sartor, 2002; WIV, 2001

5.8 Trends in cijfers over XTC en amfetamines 1997-2007

2% van de **Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder** heeft ooit XTC/amfetamines gebruikt, 0,2% de laatste 30 dagen. Meer mannen (2%) dan vrouwen (1%) hebben ooit XTC/amfetamines gebruikt. Bij de 25-34-jarigen ligt het ooit-gebruik van XTC/amfetamines het hoogst (4%).

Van de **scholieren in het secundair onderwijs** die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft 4% ooit XTC gebruikt, 3% heeft ooit amfetamines gebruikt. De HBSC-studie geeft identieke resultaten.
2% van de leerlingen bevraagd via de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar XTC, 1% amfetamines. Dit gebeurt vrijwel uitsluitend occasioneel. 2% van de leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt de laatste maand XTC. Gebruik van amfetamines tijdens de laatste maand wordt in de HBSC-studie van 2006 niet meer onderzocht.

De levens- en de laatstejaarsprevalentie van XTC schommelt over de jaren heen, zonder een duidelijke lijn. De levensprevalentie van amfetamines is sinds het schooljaar 2000-2001 over de hele periode gedaald, maar de laatstejaarsprevalentie is, na een lichte daling, sinds het schooljaar 2004-2005 opnieuw iets aan het stijgen. Al deze verschillen zijn te klein om statistisch significant te zijn. In de HBSC-studie is het ooit-gebruik van XTC en amfetamines tussen 1996 en 2006 iets afgenomen. Het gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft de laatste jaren op hetzelfde peil.

Meer jongens (5%) dan meisjes (3%) hebben ooit XTC gebruikt, zo blijkt uit de VAD-leerlingenbevraging. Gebruik van XTC tijdens het laatste jaar komt eveneens meer voor bij jongens (3%) dan meisjes (1%). Dit geldt ook voor amfetami-

[131] De hoeveelheid MDMA die in België wordt gemeten ligt nogal wat lager vergeleken met Nederlandse resultaten. Volgens de gegevens van het Drugs Informatie en Monitoring systeem (DIMS) van 2007 in Nederland bevat een tablet XTC gemiddeld 82 mg MDMA (Trimbos Instituut, 2009e). In de periode 1993-2002 bedroeg de gemiddelde hoeveelheid MDMA in XTC pillen 70 mg (Schrooten, 2005).

nes. 4% van de jongens en 2% van de meisjes heeft ooit amfetamines gebruikt. Het laatste jaar heeft 2% van de jongens en 1% van de meisjes amfetamines gebruikt. Uit de HBSC-studie komt naar voor dat 3% van de jongens en 1% van de meisjes tijdens de laatste maand XTC gebruikt.

Vanwege de kleine aantallen kunnen de seksespecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren. Uit de HBSC-studie blijkt dat zowel bij jongens als meisjes het ooit-gebruik van XTC tussen 1996 en 2006 gehalveerd is. Tussen 1996 en 2006 daalt het percentage jongens dat ooit amfetamines gebruikt maar het percentage meisjes dat ooit amfetamines gebruikt blijft onveranderd.

De resultaten van de VAD-leerlingenbevraging laten zien dat XTC-gebruik sterk toeneemt met de leeftijd: van de 17-18-jarigen gebruikt 8% ooit XTC en 4% het laatste jaar. Met de leeftijd neemt eveneens het percentage leerlingen dat amfetamines gebruikt toe: van de 17-18-jarigen heeft 5% ooit amfetamines gebruikt, 2% doet dat het laatste jaar. In de HBSC-studie is het gebruik van XTC en amfetamines bij de 17-18-jarigen iets hoger. 9% van de 17-18-jarigen heeft ooit XTC gebruikt, 7% amfetamines. 4% van de 17-18-jarigen gebruikt tijdens de laatste maand XTC.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de leeftijdsspecifieke cijfers uit de VAD-leerlingenbevraging niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.
In de HBSC-studie is tussen 1996 en 2006 het ooit-gebruik van XTC en amfetamines bij de jongste leerlingen afgenomen. Bij de oudste leerlingen van 17-18 jaar blijft het ooit-gebruik van XTC stabiel en is het ooit-gebruik van amfetamines toegenomen. Het gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in alle leeftijdsgroepen tussen 1996 en 2006 vergelijkbaar.

Bij leerlingen uit het ASO wordt gebruik van XTC en amfetamines weinig vastgesteld. 6% van de leerlingen uit het TSO/KSO en 11% uit het BSO heeft ooit XTC gebruikt. 5% van de leerlingen in het TSO/KSO en 8% van de leerlingen in het BSO heeft ooit amfetamines gebruikt. De resultaten uit de HBSC-studie zijn hiermee vergelijkbaar. Van de leerlingen in het TSO/KSO bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt 3% het laatste jaar XTC, 2% amfetamines. In het BSO gebruikt 5% van de leerlingen het laatste jaar XTC, 4% amfetamines. Volgens de HBSC-studie telt het BSO (5%) en het TSO (3%) het meest leerlingen die de laatste maand XTC gebruiken.
Voor de VAD-leerlingenbevraging kunnen de cijfers naar onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden. Uit de HBSC-studie blijkt dat het ooit-gebruik van XTC in alle onderwijsvormen over de periode 1996-2006 vergelijkbaar blijft. In het BSO is het ooit-gebruik van amfetamines tussen 1996 en 2006 toegenomen.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 gebruikt 5% ooit XTC of amfetamines, 4% gebruikt het laatste jaar XTC. Deze percentages zijn iets hoger dan in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie voor dezelfde leeftijdsgroep.
In het ESPAD-onderzoek is het percentage leerlingen dat ooit XTC of amfetamines heeft gebruikt tussen 2003 en 2007 toegenomen. Ook het laatstejaarsge-

bruik van XTC neemt toe. Gebruik van XTC tijdens de laatste maand blijft in 2003 en 2007 onveranderd.
In de ESPAD-studie komt gebruik van XTC iets meer voor bij jongens dan meisjes. Ooit-gebruik van amfetamines komt evenveel voor bij meisjes als jongens.

7% van de **AUHA-studenten** heeft ooit XTC gebruikt, 7% heeft ooit amfetamines gebruikt. 3% gebruikt het afgelopen jaar XTC, 2% gebruikt het afgelopen jaar amfetamines. XTC wordt zelden regelmatig gebruikt. Een klein aantal studenten gebruikt regelmatig amfetamines tijdens de examen- en de vakantieperiodes. 6% van de studenten die het afgelopen jaar amfetamines gebruiken doen dat dagelijks.

19% van de **uitgaanders** gebruiken het laatste jaar XTC, 10% amfetamines. Dit gebeurt vooral occasioneel. In de periode 2003-2007 blijft het gebruik van XTC en amfetamines ongewijzigd.
Van de uitgaanders die het laatste jaar XTC gebruiken zijn de meesten tussen 21 en 22 jaar (16%). De leeftijdsverdeling van uitgaanders die het laatste jaar XTC gebruiken, vertoont voor 2003, 2005 en 2007 grotendeels dezelfde tendens.
Van de uitgaanders die het laatste jaar amfetamines gebruiken, zijn de meesten tussen 17 en 18 jaar en tussen 23 en 24 jaar (telkens 16%). In 2003 is er bij de 19-22-jarigen een piek te zien in aantal amfetaminegebruikers. In 2007 steekt deze leeftijdsgroep er niet meer bovenuit.
In 2007 zijn 8 op 10 uitgaanders die het laatste jaar XTC of amfetamines gebruiken mannen. Tussen 2003 en 2007 is het percentage vrouwen dat XTC of amfetamines gebruikt gestegen.
XTC en amfetamines worden vooral tijdens het uitgaan en in groep gebruikt.

27% van de **gedetineerden** bevraagd in een onderzoek van FOD justitie heeft ooit, binnen of buiten de gevangenis, amfetamines gebruikt, 28% XTC. In 2006 gebruikt 7% van de gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode amfetamines, 5% XTC, dat is minder dan in 2003. 1% van de gedetineerden heeft voor het eerst amfetamines in de gevangenis gebruikt, 2% heeft voor het eerst XTC in de gevangenis gebruikt. Deze percentages zijn tegenover 2003 afgenomen.

De helft van de **ervaren cannabisgebruikers** die in 2005 aan een onderzoek hebben deelgenomen heeft ooit XTC gebruikt en 19% daarvan heeft in de laatste 3 maand XTC gebruikt. 4 op 10 ervaren cannabisgebruikers hebben ooit amfetamines gebruikt. 8% daarvan gebruikt tijdens de laatste 3 maand amfetamines.

63% van de bevraagde **cannabistelers** heeft ooit XTC gebruikt, 27% tijdens het laatste jaar en 10% gedurende de laatste maand. 51% heeft ooit amfetamines gebruikt, 17% tijdens het laatste jaar en 5% gedurende de laatste maand.

12% van de **ervaren cocaïnegebruikers** heeft de afgelopen twee weken amfetamines gebruikt, 5% XTC. Tegenover 1997 is het gebruik van XTC en amfetamines door ervaren cocaïnegebruikers in 2003 sterk teruggelopen.

In welke mate XTC en amfetamines **gecombineerd met andere middelen** gebruikt worden, is onderzocht bij uitgaanders, ervaren cannabisgebruikers en

ervaren cocaïnegebruikers. 14% van de uitgaanders zegt meestal alcohol met XTC te combineren, 11% combineert XTC meestal met cannabis.
57% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit XTC hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis. 56% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit amfetamines hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis.
5% van de ervaren cocaïnegebruikers gebruikt cocaïne vaak tot altijd in combinatie met amfetamines. 11% combineert cocaïne vaak tot altijd met XTC.

België scoort voor gebruik van XTC en amfetamines in de **bevolking van 15-64 jaar** lager dan het Europees gemiddelde maar er zijn geen recente Belgische data voor deze leeftijdsgroep.
In het **ESPAD-onderzoek** deelt Vlaanderen de 3de plaats wat betreft het ooit-gebruik van XTC met Tsjechië en Hongarije. Wat betreft ooit-gebruik van amfetamines neemt Vlaanderen eveneens de 3de plaats in net zoals Duitsland, het eiland Man en Malta.

Hoeveel procent van de **bevolking** in de **problemen** komt door gebruik van XTC of amfetamines is niet bekend.
Problematisch gebruik van andere illegale drugs dan cannabis wordt in het onderzoek bij **Antwerpse studenten** in kaart gebracht aan de hand van de DAST-10. Van de respondenten die het voorgaande jaar XTC, amfetamines of cocaïne gebruiken, blijkt dat 32% wordt gekenmerkt door een verhoogd risico.

In de periode 1998-2004 is bij 5% van de druggerelateerde **doden** waarbij de substantie bekend is, gebruik van andere stimulantia dan cocaïne de doodsoorzaak. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). XTC of amfetamines kunnen dan een van de gebruikte middelen zijn. Het exact aantal sterfgevallen door gebruik van XTC of amfetamines is niet bekend.
In Vlaanderen komt in de periode 1998-2006 directe sterfte door gebruik van andere stimulantia dan cocaïne voor bij 11 personen.

In 28% van het totaal aantal bloedstalen die in de periode 2000-2004 worden gecontroleerd na drugcontroles van de politie voor **rijden onder invloed** wordt MDMA teruggevonden. 18% van de geanalyseerde bloedstalen bevat amfetamines.
Uit bloedstalen van 5 politierechtbanken afgenomen omwille van rijden onder invloed van drugs blijkt dat voor de periode 2000-2005 82 bestuurders van de 450 positief zijn voor MDMA en 80 voor amfetamines.
Na onderzoek op **spoeddiensten** bij slachtoffers van **verkeersongevallen** is in 1995-1996 bij 3% van de slachtoffers amfetamines aangetroffen.
In 2000-2004 zijn 147 processen-verbaal opgemaakt voor **ongevallen** naar aanleiding van rijden onder invloed van drugs. In 18 bloedstalen is MDMA aangetroffen, in 13 amfetamines.
Er zijn geen cijfers beschikbaar over het voorkomen van XTC- of amfetaminegebruik bij **andere ongevallen**.

In 2007 heeft in Vlaanderen 6% van het totaal aantal geregistreerde **misdrijven** door de federale politie te maken met XTC (n = 1.403) en 11% (n = 2.549) met amfetamines. Meestal gaat het om handel in XTC of amfetamines.

In het Vlaams gewest is tussen 2004 en 2007 het aantal geregistreerde delicten in verband met XTC afgenomen en het aantal delicten in verband met amfetamines toegenomen.

Uit onderzoek van 1.089 **politionele dossiers** uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties blijkt dat in 6% van de bestudeerde dossiers van de verdachten amfetamines genoemd worden. XTC komt in 3 dossiers in combinatie met cannabis voor (3%). Bij seksuele delicten komt XTC op de tweede plaats na cannabis. Amfetamines komen vooral voor in de dossiers van eigendomsdelicten.

Van de **geverbaliseerde druggebruikers** in Vlaanderen en Brussel die door de **parketten** worden geregistreerd gebruikt 9% XTC en 11% amfetamines.
Tussen 1997 en 2001 stijgt het aantal XTC-gebruikers dat bij de parketten geregistreerd wordt. Nadien neemt het aantal jaar na jaar af met als uitzonderingsjaar 2004. Over heel de periode 1997-2007 is het aantal geregistreerde amfetaminegebruikers bij de parketten fors gedaald.
Het grootste deel van de XTC-gebruikers, 3 op 10, is tussen 21 en 24 jaar. Het grootste deel van de amfetaminegebruikers, 3 op 10, is tussen 25 en 29 jaar. Het percentage minderjarige gebruikers van XTC of amfetamines is tussen 1997 en 2007 fel afgenomen.
9 op 10 XTC-gebruikers zijn mannen, van de amfetaminegebruikers zijn 8 op 10 mannen. Het aandeel vrouwelijke XTC-gebruikers is over de jaren heen iets afgenomen, het percentage vrouwelijke amfetaminegebruikers blijft stabiel.

Van de gerechtelijke dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart van personen aan wie een **alternatieve maatregel of sanctie** is opgelegd heeft 28% betrekking op gebruik van XTC en 31% op gebruik van amfetamines.

Jongens denken gemakkelijker aan XTC te geraken dan meisjes. Dat geldt ook voor de oudere leerlingen en de leerlingen uit het BSO en het TSO.
Het gemak waarmee leerlingen denken aan XTC te geraken wordt in 2006 moeilijker ingeschat dan in 1996. In de ESPAD-studie is de **ingeschatte beschikbaarheid** van XTC en amfetamines groter in 2007 dan in 2003.
Minder dan 1% van de leerlingen uit de regio Scheldemond heeft al de Belgisch Nederlandse grens overgestoken voor de aankoop van amfetamines.

7% van het totaal aantal **drugvangsten** in 2007 betreft amfetamines (2.767 vangsten), 5% betreft XTC (1.798 vangsten). Tussen 1999 en 2007 is het aantal vangsten van amfetamines verdubbeld. Ook het aantal XTC vangsten stijgt. Sinds 2005 zijn er ieder jaar minder inbeslagnames van XTC.

In 2007 kost een XTC tablet 4 EUR en een gram amfetamine 10 EUR. De gemiddelde **prijs** van een tablet XTC is de laatste 10 jaar gedaald van 7 EUR in 1997 naar 4 EUR in 2007. De gemiddelde prijs voor amfetamines is tussen 1999 en 2007 met 1 EUR toegenomen.

Tussen 1999 en 2006 is de gemiddelde **zuiverheid** van amfetamines die in België in beslag worden genomen verminderd. Voor XTC is pas vanaf 2005 informatie over de zuiverheid beschikbaar. In 2005 zijn de geanalyseerde XTC-tabletten zuiverder dan in 2006.

6 Hoofdstuk 6

Andere middelen (tripmiddelen, GHB, ketamine)

Andere illegale middelen zoals tripmiddelen, GHB of ketamine worden niet zo vaak en slechts door een beperkte groep gebruikt. Vandaar dat de cijfers daarover in een gezamenlijk hoofdstuk gebundeld zijn.

Tripmiddelen zijn drugs die een sterke invloed hebben op het gevoel, het bewustzijn en de waarneming (De DrugLijn, 2009j). Ze vervormen wat we via onze zintuigen waarnemen (horen, zien, ruiken, voelen, smaken) en veroorzaken op die manier hallucinaties. Daarom worden tripmiddelen ook hallucinogenen genoemd.
Heel wat hallucinogenen zijn (semi-)synthetisch en worden in laboratoria aangemaakt. **LSD** (d-lysergic acid diethylamide) is het meest bekend. Andere voorbeelden zijn DOM (STP) (dimethoxymethamphetamine), DMT (dimethyltriptamine), PCP (fencyclidine, ook wel bekend als 'angel dust') en chemische mescaline.
Hallucinogenen komen ook in de natuur voor. Ze zitten in sommige **paddenstoel**soorten (die worden in de volksmond dan soms magic mushrooms, psillo's, champignons of gewoon paddo's genoemd), in planten van de nachtschadefamilie, in muskaatnoot, in sommige cactussoorten, ... Tripmiddelen komen zelfs voor in de urine en op de huid van bepaalde padden. Ook ons eigen lichaam maakt in minuscule hoeveelheden tripmiddelen aan.
De manier waarop tripmiddelen gebruikt worden verschilt vaak van product tot product (De DrugLijn, 2009i). De synthetische tripmiddelen worden meestal geslikt. LSD is een vloeistof maar komt meestal voor als een 'papertrip'. Dat is een stukje papier of karton waarop LSD gedrenkt is. De papertrip wordt onder de tong gelegd. LSD komt ook voor in hele kleine tabletjes ('microdots') die ingeslikt worden. Andere in laboratoria aangemaakte tripmiddelen zoals DMT worden ook als poeder gesnoven, geïnjecteerd of 'gebased' (verhit en ingeademd). Veel natuurlijke tripmiddelen zoals paddenstoelen of kruiden worden gegeten of via een thee gedronken. Sommige poeders worden gesnoven.
Met tripmiddelen wordt in dit hoofdstuk verwezen naar het verzamelbegrip. Als er gegevens zijn voor de afzonderlijke middelen dan worden die apart benoemd.

Zowel GHB als ketamine zijn verdovingsmiddelen. **GHB** is de straatnaam voor GammaHydroxyButyraat (GammaHydroxyBoterzuur) (Trimbos Instituut, 2009b). Dit middel is vroeger gebruikt als inslaapmiddel bij operaties. Vanwege de ongewenste bijwerkingen wordt GHB niet meer op die manier gebruikt. GHB is een kleur- en geurloze vloeistof die verkocht wordt in kleine flesjes of glazen

buisjes en gedronken wordt (De DrugLijn, 2009e). Het wordt soms in poedervorm en in capsules verkocht. In poedervorm wordt GHB opgelost en eveneens gedronken. GHB in capsules wordt geslikt.

Ketamine (2-methylaminocyclohexanon) is een narcosemiddel dat omwille van de bewustzijnsveranderende werking ook wel als genotmiddel gebruikt wordt (Trimbos Instituut, 2009c). Ketamine veroorzaakt onder andere hallucinaties. Andere namen voor ketamine zijn: Special K, K, Keta en Vitamine K. Legale ketamine (het medicijn) komt voor in vloeibare vorm (De DrugLijn, 2009h). Illegale ketamine bestaat in tablet- of poedervorm. Ketamine wordt meestal geslikt of gesnoven. Als vloeistof wordt ketamine ingespoten.

6.1 Gebruik van andere middelen door de algemene bevolking

Er zijn voor België/Vlaanderen geen cijfers beschikbaar over het gebruik van andere (illegale) middelen in de algemene bevolking.

6.2 Gebruik van andere middelen door jongeren

Om het gebruik van andere middelen door scholieren in het secundair onderwijs te beschrijven kunnen dezelfde studies bekeken worden die peilen naar het cannabisgebruik. Zowel in de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie als de ESPAD-studie wordt bij de leerlingen gepolst naar de frequentie van het gebruik van LSD/tripmiddelen, en GHB. Toelichting bij de gebruikte methodologie in deze onderzoeken wordt gegeven in hoofdstuk 2.2.

6.2.1 Gebruik van andere middelen door scholieren

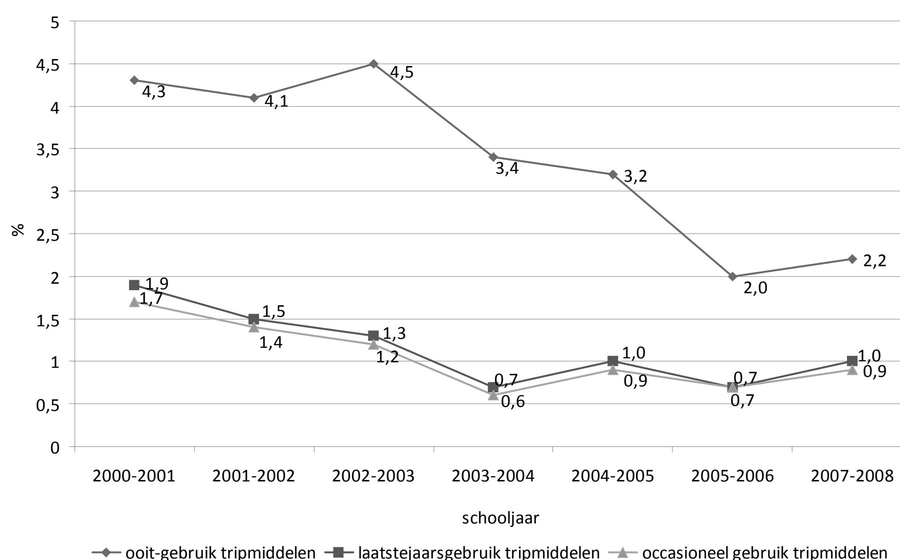
6.2.1.1 *VAD-leerlingenbevraging*

In de VAD-leerlingenbevraging wordt gepolst naar het gebruik van tripmiddelen[132] en sinds het schooljaar 2007-2008 kan ook het gebruik van GHB aangegeven worden.
2% van de scholieren, bij wie tijdens het schooljaar 2007-2008 naar het druggebruik wordt gepolst in het kader van de VAD-leerlingenbevraging, heeft **ooit tripmiddelen** gebruikt (Kinable, 2009). 1% van de leerlingen gebruikt het **laatste jaar** tripmiddelen. 0,9% doet dit **occasioneel**[133].

[132] Dit wordt in de vragenlijst omschreven als tripjes, paddo's, LSD, ...
[133] Occasioneel betekent minder dan eenmaal per week.

Het percentage leerlingen dat ooit en het laatste jaar tripmiddelen heeft gebruikt, is sinds het schooljaar 2000-2001 significant gedaald (grafiek 43).
Van de leerlingen bevraagd in het schooljaar 2007-2008 heeft 1% **ooit GHB** gebruikt. 0,4% van de leerlingen gebruikt het **laatste jaar** – **uitsluitend occasioneel** – GHB. In de voorgaande schooljaren wordt niet geïnformeerd naar het gebruik van GHB, zodat een vergelijking over de jaren heen niet mogelijk is.

Grafiek 43 – Evolutie van het gebruik van tripmiddelen bij scholieren in het Vlaams secundair onderwijs, vanaf schooljaar 2000/2001 (cijfers aangepast)



Bron: Kinable, 2009

SEKSE

Van de jongens die tijdens het schooljaar 2007-2008 aan de VAD-leerlingenbevraging hebben deelgenomen heeft 3% **ooit tripmiddelen** gebruikt. 1% van de meisjes heeft ooit tripmiddelen gebruikt. Tijdens **het laatste jaar** gebruikt 2% van de jongens en 0,4% van de meisjes tripmiddelen. Het gaat bijna uitsluitend om **occasioneel** gebruik, dat eveneens meer voorkomt bij jongens dan bij meisjes (1% versus 0,1%).
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.
Gebruik van **GHB** komt weinig voor bij jongens en nog minder bij meisjes. 2% van de jongens en 0,6% van de meisjes die tijdens het schooljaar 2007-2008 via de leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft **ooit** GHB gebruikt; 0,6% van de jongens en 0,2% van de meisjes gebruikt **occasioneel** GHB gedurende het **laatste jaar**.
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

LEEFTIJD

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat **ooit tripmiddelen** heeft gebruikt toe. Van de jongste leerlingen (12-14 jaar) die tijdens het schooljaar 2007-2008 zijn bevraagd heeft 0,4% ooit tripmiddelen gebruikt, bij de 15-16-jarigen is dit 2% en voor de oudste leerlingen 5%.
Het **laatste jaar** gebruiken bijna geen leerlingen van 12-14 jaar tripmiddelen (0,2%). 1% van de 15-16-jarigen en 2% van de 17-18-jarigen gebruiken het laatste jaar tripmiddelen, voornamelijk op occasionele basis.
GHB-gebruik komt niet voor bij de leerlingen van 12-14 jaar. Ooit-gebruik van GHB komt enkel voor bij de oudere leeftijdsgroepen, van wie er enkelen occasioneel GHB gebruiken.
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

ONDERWIJSNIVEAU (TWEEDE EN DERDE GRAAD SECUNDAIR ONDERWIJS)

Wanneer de verschillende onderwijsvormen worden vergeleken is het **ooit-gebruik** van **tripmiddelen** tijdens het schooljaar 2007-2008 het laagst bij leerlingen in het ASO (1%), gevolgd door het TSO/KSO (3%) en het BSO (5%).
In het ASO zitten het minste leerlingen die het **laatste jaar** tripmiddelen gebruiken (1%). In het TSO/KSO en het BSO (2%) zijn er evenveel leerlingen die het laatste jaar tripmiddelen gebruikten.
In alle onderwijsvormen worden tripmiddelen vrijwel uitsluitend **occasioneel** gebruikt. Occasioneel gebruik van tripmiddelen komt dus vooral voor bij leerlingen in het TSO/KSO en het BSO (respectievelijk 1,6% en 1,5%).
In het BSO zijn er tijdens het schooljaar 2007-2008 meer leerlingen die ooit **GHB** hebben gebruikt dan in het ASO en het TSO/KSO: 3% tegenover 1% in het TSO/KSO en 0,4% in het ASO. Wat betreft (occasioneel) gebruik tijdens het laatste jaar zijn er vrijwel geen verschillen tussen de onderwijsvormen.
Vanwege de kleine aantallen kunnen deze cijfers niet vergeleken worden met de voorgaande schooljaren.

Samengevat

2% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit **tripmiddelen** (LSD, paddo's, ...) gebruikt. 1% gebruikt het laatste jaar tripmiddelen.
Het percentage leerlingen dat ooit en het laatste jaar tripmiddelen heeft gebruikt, is sinds schooljaar 2000-2001 significant gedaald.
1% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit **GHB** gebruikt, 0,4% het laatste jaar.

Meer jongens (3%) dan meisjes (1%) hebben ooit tripmiddelen of GHB (2% van de jongens en 0,6% van de meisjes) gebruikt. Gebruik van tripmiddelen tijdens het laatste jaar komt eveneens meer voor bij jongens dan meisjes. Gebruik van GHB tijdens het laatste jaar komt bij jongens en meisjes nagenoeg niet voor.

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat tripmiddelen heeft gebruikt toe: 5% van de 17-18-jarigen heeft ooit tripmiddelen gebruikt, 2% het laatste jaar. Ooit-gebruik van GHB komt enkel voor bij de oudere leeftijdsgroepen, van wie er enkelen occasioneel GHB gebruiken.
Bij leerlingen uit het ASO is gebruik van tripmiddelen en GHB het laagst.

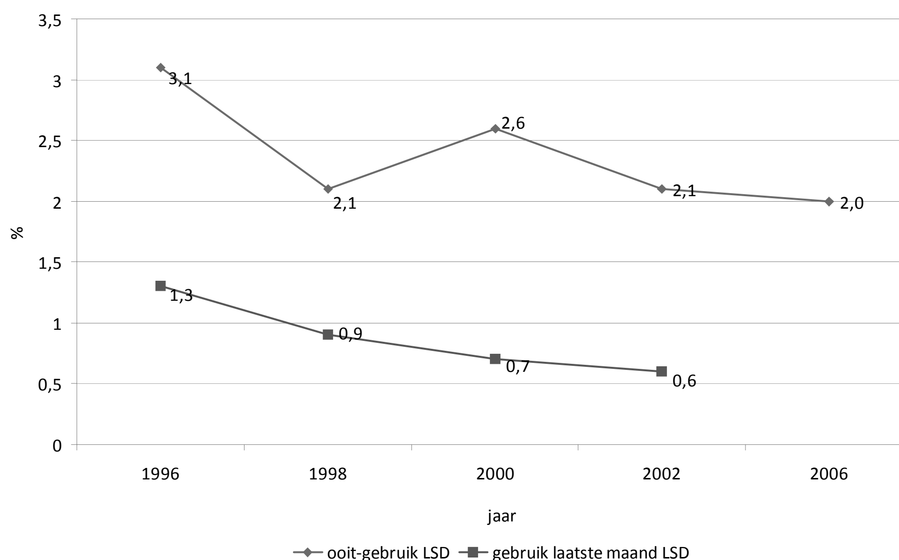
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

6.2.1.2 *HBSC-studie*

Over gebruik van LSD/tripmiddelen door de leerlingen in het secundair onderwijs (12-18 jaar) kunnen de gegevens van de HBSC-studies uit 1996, 1998, 2000, 2002 en 2006 vergeleken worden (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). De studie gaat na hoeveel keer leerlingen ooit LSD/tripmiddelen gebruiken. Gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste 12 maanden wordt niet bevraagd. In 2006 komt het gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste maand niet meer aan bod in de HBSC-studie. Voor de periode 1996-2002 zijn daarover wel vergelijkende cijfers beschikbaar. Voor LSD/tripmiddelen wordt daarnaast gevraagd of leerlingen gemakkelijk aan deze middelen kunnen geraken.

2% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie zijn bevraagd, hebben **ooit LSD/tripmiddelen** gebruikt (grafiek 44) (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). In 2002 gebruikt 1% van de leerlingen tijdens de **laatste maand** LSD/tripmiddelen.

Grafiek 44 – Evolutie van het gebruik van LSD/tripmiddelen bij scholieren van 12 tot en met 18 jaar in Vlaanderen, vanaf 1996



Bron: Hublet, Vereecken & Maes, 2008

Het percentage leerlingen dat ooit LSD/tripmiddelen heeft gebruikt neemt van 3% naar 2% af tussen 1996 en 2006. Het percentage leerlingen dat gedurende de laatste maand LSD/tripmiddelen gebruikt blijft over de verschillende jaren gelijk.

SEKSE

Uit het onderzoek van 2006 blijkt dat meer jongens (3%) dan meisjes (1%) ooit LSD/tripmiddelen hebben gebruikt. Naar de frequentie van gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste maand is in de HBSC-studie van 2006 niet meer gevraagd. Uit de gegevens van 2002 blijkt dat gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste maand bij meisjes nagenoeg niet voorkomt. In 2002 gebruikt 1% van de jongens tijdens de laatste maand LSD/tripmiddelen.

Het percentage jongens dat ooit LSD/tripmiddelen heeft gebruikt daalt tussen 1996 en 2006 van 6% naar 3%. Het percentage meisjes dat ooit LSD/tripmiddelen heeft gebruikt is tussen 1996 en 2006 afgenomen van 2% naar 1%.
In 2002 gebruikt 1% van de jongens tijdens de laatste maand LSD/tripmiddelen, in 1996 is dat nog 2%.

LEEFTIJD

Het **ooit-gebruik** van LSD/tripmiddelen neemt toe met de leeftijd. In 2006 gebruikt 2% van de 15-16-jarigen en 5% van de 17-18-jarigen ooit LSD/tripmiddelen. Bij de jongste leerlingen komt dit bijna niet voor. Naar de frequentie van gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste maand wordt in de HBSC-studie van 2006 niet meer gevraagd.
Gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de **laatste maand** komt in 2002 voor bij 1% van de 15-16-jarigen en bij 1% van de 17-18-jarigen.
Tussen 1996 en 2006 blijft het **ooit-gebruik** van LSD/tripmiddelen in alle leeftijdsgroepen stabiel. In 2002 zijn er iets minder leerlingen tussen 17 en 18 jaar die de **laatste maand** LSD/tripmiddelen gebruiken in vergelijking met 1996 (1% versus 2%).

ONDERWIJSNIVEAU

Wanneer de verschillende onderwijsvormen worden vergeleken blijkt dat in 2006 2% van de leerlingen uit het ASO **ooit** LSD/tripmiddelen heeft gebruikt in vergelijking met 4% en 6% van de leerlingen uit respectievelijk het TSO en het BSO.
Naar de frequentie van gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste maand wordt in de HBSC-studie van 2006 niet meer gevraagd.
Gebruik van LSD/tripmiddelen in de **laatste maand** komt in 2002 niet voor bij leerlingen in het ASO maar wel bij leerlingen in het TSO (1%) en leerlingen uit het BSO (2%).
Ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen blijft tussen 1996 en 2006 in alle onderwijsvormen stabiel. Het gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de **laatste**

maand blijft voor de verschillende onderwijsvormen tussen 1996 en 2002 nagenoeg ongewijzigd.

Samengevat

2% van de leerlingen die in 2006 in Vlaanderen in het kader van de HBSC-studie worden bevraagd, hebben ooit LSD/tripmiddelen gebruikt, 1% in de laatste maand.
Het percentage leerlingen dat ooit LSD heeft gebruikt is tussen 1996 en 2006 licht gedaald. Het percentage leerlingen dat gedurende de laatste maand LSD gebruikt blijft over de verschillende jaren gelijk.

Meer jongens (3%) dan meisjes (1%) hebben ooit LSD/tripmiddelen gebruikt. Er zijn geen meisjes die de laatste maand LSD/tripmiddelen hebben gebruikt. Het gebruik van LSD/tripmiddelen is zowel bij jongens als meisjes afgenomen.

Het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen neemt toe met de leeftijd. 5% van de 17-18-jarigen heeft ooit LSD/tripmiddelen gebruikt, 1% de laatste maand.
Tussen 1996 en 2006 blijft het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen in alle leeftijdsgroepen stabiel.

In het ASO is het percentage leerlingen dat ooit LSD/tripmiddelen gebruikt het laagst. Gebruik van LSD/tripmiddelen tijdens de laatste maand komt in het ASO niet voor.
Het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen blijft in alle onderwijsvormen over de periode 1996-2006 vergelijkbaar.

6.2.1.3 *ESPAD-studie*

Voor **LSD/andere hallucinogenen**, **hallucinogene paddenstoelen** en **GHB** wordt in de ESPAD-studie nagegaan hoeveel keer de leerlingen dit middel ooit hebben gebruikt. In de studie van 2003 wordt ook naar het gebruik van deze middelen tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand gepolst maar deze vragen zijn niet meer opgenomen in de ESPAD-studie van 2007.

3% van de leerlingen bevraagd in de ESPAD-studie van 2007 hebben **ooit LSD/andere hallucinogenen** gebruikt (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). Dat is vergelijkbaar met de studie in 2003. In 2003 gebruikt 2% van de leerlingen tijdens het laatste jaar LSD of andere hallucinogenen, 1% doet dat ook tijdens de laatste maand.

3% van de leerlingen bevraagd in de ESPAD-studie van 2007, heeft **ooit hallucinogene paddenstoelen** gebruikt. In 2003 gaat het nog om 6% van de leerlingen. In 2003 gebruikt 3% van de leerlingen het laatste jaar hallucinogene paddenstoelen en 1% doet dat ook tijdens de laatste maand.

In 2007 heeft 1% van de leerlingen **ooit GHB** gebruikt terwijl dit in 2003 nog niet voorkomt.

SEKSE

Uit de ESPAD-studie van 2007 blijkt dat iets meer jongens dan meisjes ooit **LSD/andere hallucinogenen** hebben gebruikt, al is het verschil klein. In 2003 zijn er nog opvallend meer jongens dan meisjes die ooit of tijdens het laatste jaar LSD/andere hallucinogenen hebben gebruikt. Zoals blijkt uit de ESPAD-data van 2003 komt ook gebruik tijdens de laatste maand van LSD/andere hallucinogenen meer voor bij jongens dan meisjes.
Het percentage meisjes dat ooit LSD/andere hallucinogenen heeft gebruikt stijgt tussen 2003 en 2007 terwijl het percentage jongens afneemt.

Uit de ESPAD-studie van 2007 blijkt dat dubbel zoveel jongens als meisjes ooit **hallucinogene paddenstoelen** hebben gebruikt. Ook in 2003 is dat zo. Hallucinogene paddenstoelen worden eveneens meer door jongens dan meisjes gebruikt tijdens het laatste jaar en tijdens de laatste maand zo blijkt uit de ESPAD-data van 2003. Tussen 2003 en 2007 is het percentage meisjes en het percentage jongens dat ooit hallucinogene paddenstoelen heeft gebruikt gedaald. De daling is het sterkst bij jongens.

In 2007 hebben evenveel jongens als meisjes ooit **GHB** gebruikt.

Samengevat

In 2007 heeft 3% van de leerlingen die aan het ESPAD-onderzoek hebben deelgenomen ooit LSD/andere hallucinogenen gebruikt. 3% heeft ooit hallucinogene paddenstoelen gebruikt en 1% GHB. In 2003 gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar LSD of andere hallucinogenen en 3% hallucinogene paddenstoelen. 1% van de leerlingen heeft de laatste maand LSD/andere hallucinogenen of hallucinogene paddenstoelen gebruikt.

Iets meer jongens dan meisjes gebruiken LSD/andere hallucinogenen of hallucinogene paddenstoelen. Voor GHB-gebruik is er geen sekseverschil.

6.2.1.4 *Trends in gebruik van andere middelen door scholieren*

Het gebruik van **tripmiddelen** wordt bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie en het ESPAD-onderzoek. In het ESPAD-onderzoek wordt ook nog eens apart naar het gebruik van hallucinogene paddenstoelen gevraagd.
2% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit tripmiddelen (LSD, paddo's, ...) gebruikt. De HBSC-studie van 2006 vindt hiervoor hetzelfde percentage. 1% van de leerlingen bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar tripmiddelen. Van de leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt 1% de laatste maand LSD/tripmiddelen.
Volgens de VAD-leerlingenbevraging is het percentage leerlingen dat ooit en het laatste jaar tripmiddelen heeft gebruikt, sinds het schooljaar 2000-2001 significant gedaald. In de HBSC-studie daalt het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen in de periode 1996-2006 maar blijft het gebruik gedurende de laatste maand stabiel.

Meer jongens (3%) dan meisjes (1%) hebben ooit tripmiddelen gebruikt. Dat blijkt zowel uit de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie. Gebruik van tripmiddelen tijdens het laatste jaar komt eveneens meer voor bij jongens dan meisjes. In de HBSC-studie zijn geen meisjes die de laatste maand LSD/tripmiddelen hebben gebruikt. Het gebruik van LSD/tripmiddelen is volgens de HBSC-studie zowel bij jongens als meisjes afgenomen.

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat tripmiddelen heeft gebruikt toe: 5% van de 17-18-jarigen heeft ooit tripmiddelen gebruikt. Deze cijfers zijn identiek in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie. 2% van de 17-18-jarige leerlingen bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar tripmiddelen, 1% van de 17-18-jarige leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt de laatste maand LSD/tripmiddelen.
Volgens de HBSC-studie blijft het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen tussen 1996 en 2006 in alle leeftijdsgroepen stabiel.

Uit de VAD-leerlingenbevraging blijkt dat 1% van de leerlingen uit het ASO ooit of tijdens het laatste jaar tripmiddelen heeft gebruikt. Van de leerlingen in het TSO heeft 4% ooit en 2% tijdens het laatste jaar tripmiddelen gebruikt. In het BSO heeft 5% ooit en 2% tijdens het laatste jaar tripmiddelen gebruikt. De percentages zijn van eenzelfde grootteorde in de HBSC-studie. Het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen blijft in alle onderwijsvormen over de periode 1996-2006 vergelijkbaar.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers over het gebruik van tripmiddelen volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau van de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

De cijfers van de ESPAD-studie over het gebruik van tripmiddelen zijn niet helemaal te vergelijken met deze uit de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie omdat de ESPAD-studie zowel vraagt naar het gebruik van LSD/andere hallucinogenen enerzijds en het gebruik van hallucinogene paddenstoelen anderzijds. In de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie is er maar sprake van een categorie, namelijk tripmiddelen, waaronder zowel LSD en hallucinogene paddenstoelen verstaan wordt.
Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 3% van de leerlingen ooit LSD/andere hallucinogenen en 3% hallucinogene paddenstoelen gebruikt. In 2003 gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar LSD/andere hallucinogenen en 3% hallucinogene paddenstoelen. 1% van de leerlingen heeft de laatste maand LSD/andere hallucinogenen of hallucinogene paddenstoelen gebruikt.

Naar het gebruik van **GHB** wordt gepolst in de VAD-leerlingenbevraging en het ESPAD-onderzoek. 1% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit GHB gebruikt, 0,4% het laatste jaar.
Meer jongens (2%) dan meisjes (1%) hebben ooit GHB gebruikt. Gebruik van GHB tijdens het laatste jaar komt bij jongens en meisjes nagenoeg niet voor.
Ooit-gebruik van GHB komt enkel voor bij de oudere leeftijdsgroepen, van wie

er enkelen occasioneel GHB gebruiken.
In het BSO (3%) zijn er iets meer leerlingen dan in het TSO/KSO (1%) die ooit GHB hebben gebruikt. Bij leerlingen uit het ASO komt GHB gebruik nagenoeg niet voor.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers over het gebruik van GHB volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau van de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie heeft 1% ooit GHB gebruikt. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes.

6.2.2 Gebruik van andere middelen door studenten in het hoger onderwijs

In de bevraging bij studenten uit het hoger onderwijs in Antwerpen is niet gevraagd naar het gebruik van andere middelen zoals tripmiddelen, GHB of ketamine.

6.3 Gebruik specifieke groepen

6.3.1 Gebruik van andere middelen in het uitgaansleven

In het Partywise-uitgaansonderzoek is tijdens de zomer van 2007 het middelengebruik van 775 uitgaanders bekeken, 62% mannen en 38% vrouwen (Van Havere, 2008)[134].
Hallucinogene paddenstoelen en **LSD** worden respectievelijk door 5% en 4% van de uitgaanders het afgelopen jaar gebruikt. Het laatstejaarsgebruik van hallucinogene paddenstoelen is tussen 2003 en 2007 gedaald van 9% naar 5%. In de periode 2003-2007 blijft het LSD-gebruik ongewijzigd.

5% van de uitgaanders heeft het afgelopen jaar **GHB** gebruikt en 3% gebruikt **ketamine** (Van Havere, 2008). Het laatstejaarsgebruik van GHB is tussen 2003 en 2007 toegenomen van 2% naar 5%. Het gebruik van ketamine tijdens het laatste jaar stijgt van 1% naar 3% tussen 2003 en 2007.

6.3.2 Gebruik van andere middelen door gedetineerden

Onderzoek in de Belgische gevangenissen uit 2006 toont aan dat 1 op 5 gedetineerden ooit, binnen of buiten de gevangenis, **LSD of hallucinogene paddenstoelen** heeft gebruikt (Todts e.a., 2006)[135]. Tijdens de huidige detentieperiode gebruikt 1% van de bevraagde gedetineerden LSD of hallucinogene pad-

[134] De methodologie van dit onderzoek wordt besproken in paragraaf 2.3.1.
[135] De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 2.3.2.

denstoelen. 0,8% heeft LSD of hallucinogene paddenstoelen voor het eerst leren gebruiken in de gevangenis. Voor deze producten zijn er geen vergelijkbare gegevens met de voorgaande jaren.

6.3.3 Gebruik van andere middelen door ervaren cannabisgebruikers en cannabistelers

In de interviews met **ervaren cannabisgebruikers** in het onderzoek 'cannabis in Vlaanderen' van Decorte e.a. (2003) wordt nagegaan in welke mate ervaren cannabisgebruikers ervaring hebben met het gebruik van hallucinogenen[136]. 52% van de ervaren cannabisgebruikers die in dit onderzoek geïnterviewd worden heeft ooit hallucinogenen gebruikt. 9% daarvan doet dat tevens in de laatste 3 maand.

Decorte en Tuteleers (2007) hebben bij 89 **cannabistelers** onderzocht of zij naast cannabis nog andere middelen gebruiken[137]. 71% heeft ooit hallucinogene paddenstoelen gebruikt, 48% heeft ooit LSD of andere hallucinogenen gebruikt. 32% gebruikt het laatste jaar hallucinogene paddenstoelen, 16% LSD of andere hallucinogenen. 1% gebruikt de laatste maand hallucinogene paddenstoelen en 3% LSD of andere hallucinogenen.

6.3.4 Gebruik van andere middelen door ervaren cocaïnegebruikers

9 op 10 van de ervaren cocaïnegebruikers die door Decorte en Slock (2005) geïnterviewd zijn, hebben ooit **LSD** gebruikt[138]. Gebruik van LSD tijdens de afgelopen twee weken komt meer voor in 1997 (8%) dan in 2003 (1%).

6.4 Andere middelen gecombineerd met ...

In het onderzoek bij ervaren gebruikers van cannabis en cocaïne wordt aan de respondenten die ooit andere middelen hebben gebruikt gevraagd hoe vaak ze dat in combinatie doen met cannabis of cocaïne (Decorte, 2000; Decorte e.a., 2003; Decorte & Slock, 2005).
53% van de **ervaren cannabisgebruikers** die ooit **hallucinogenen** hebben gebruikt combineren dit vaak of altijd met cannabis.
18% van de ervaren cannabisgebruikers geeft aan cannabis te combineren met **hallucinogene paddenstoelen**, 6% met **GHB** en 2% met **ketamine**[139].

---

136 De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 2.3.3.
137 De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 2.7.4.
138 De methodologie van dit onderzoek wordt beschreven in paragraaf 3.3.4.
139 Hier wordt niet naar de frequentie gevraagd.

LSD wordt zeer weinig met cocaïne gecombineerd zo blijkt uit de studie bij de **ervaren cocaïnegebruikers** (Decorte, 2000; Decorte & Slock, 2005). In 1997 combineert 3% soms en 16% zelden cocaïne met LSD. In de follow up studie gebeurt dat nog minder. 8% van de cocaïnegebruikers die in 2003 zijn bevraagd combineert cocaïne zelden met LSD.

6.5 Europese vergelijking van gebruik andere middelen

Het ooit-gebruik van **LSD** onder de volwassen bevolking (15-64 jaar) loopt in Europa uiteen van bijna 0 tot 5% (EMCDDA, 2008). Bij jongvolwassenen (15-34 jaar) is het geschatte ooit-gebruik iets hoger (0,3 tot 7%).
Het ooit-gebruik van **hallucinogene paddenstoelen** voor jongvolwassenen varieert van 1 tot 9%. Gebruik tijdens het laatste jaar varieert van 0,3 tot 3%.

Op Europees vlak zijn de gegevens over gebruik van **LSD en andere hallucinogenen** van scholieren van de **ESPAD-studie** goed te vergelijken. In het ESPAD-onderzoek van 2007 is enkel gepolst naar het ooit-gebruik van LSD en andere hallucinogenen (Hibell e.a., 2009) (tabel 58). Het ooit-gebruik van LSD en andere hallucinogenen bij 15-16 jarigen in Europa varieert van 0% (Armenië, Rusland, Oekraïne) tot 9% (Eiland Man). België staat op de 4de plaats wat betreft het ooit-gebruik van LSD en andere hallucinogenen samen met Bulgarije, Estland, Hongarije, Ierland, Nederland, Rusland en het Verenigd Koninkrijk.

Tabel 58 – Gebruik van LSD en andere hallucinogenen bij scholieren van 15-16 jaar in een aantal Europese landen, 2007

Land	Ooit-gebruik
Italië	4%
België (Vlaanderen)	3%
Nederland	3%
Verenigd Koninkrijk	3%
Duitsland	2%
Frankrijk	2%
EU	2%

Bron: Hibell e.a., 2009

De resultaten over gebruik van andere middelen zijn niet gerapporteerd in het internationaal rapport van het **HBSC-onderzoek** 2005/2006 (Currie e.a., 2008).

De **Eurobarometer**-onderzoeken over jongeren en drugs polsen naar het gebruik van andere middelen dan cannabis maar maken geen onderscheid per middel (EORG, 2002; EORG, 2004).

6.6 Gevolgen van gebruik van andere middelen

6.6.1 Problematisch gebruik van andere middelen

Wanneer sprake is van problematisch middelengebruik is toegelicht in paragraaf 1.2. Hoeveel procent van de bevolking in de problemen komt door gebruik van andere middelen is niet bekend. Data uit de hulpverlening geven wel een beeld van het aantal en het profiel van personen dat hulp zoekt omwille van problemen met gebruik van andere middelen (zie hoofdstuk 7).

6.6.2 Effecten van het gebruik van andere middelen op de gezondheid

Er zijn weinig lichamelijke risico's verbonden aan het gebruik van **LSD en hallucinogene paddenstoelen** (Kerssemakers e.a., 2008). LSD en psilocybine hebben een zeer lage toxiciteit. Er is geen evidentie dat gebruik van deze tripmiddelen schade toebrengt aan organen of het genetisch materiaal. De belangrijkste risico's zijn psychologisch. In een minderheid van de gevallen kan een 'bad trip' optreden gekenmerkt door extreme angst, opwinding, paranoia, depressieve gevoelens, paniek en verlies van realiteitszin. Wanneer het middel is uitgewerkt stopt de 'bad trip'. Een psychose geïnduceerd door LSD-gebruik kan enkele dagen, weken of maanden na gebruik aanhouden, maar dit komt zeer zelden voor. In enkele gevallen kunnen flashbacks of een door hallucinogenen persisterende waarnemingsstoornis (HPPD) voorkomen. Hierbij wordt de veranderde waarneming opnieuw beleefd nadat het gebruik van LSD gestopt is. Dit kan leiden tot stress en een verstoring in het functioneren. Er zijn momenteel geen bewijzen dat het gebruik van LSD of hallucinogene paddenstoelen leidt tot geheugenproblemen of andere cognitieve problemen.
Afhankelijkheid voor LSD of hallucinogene paddenstoelen treedt nauwelijks op. Deze middelen geven geen aanleiding tot ontwenningsverschijnselen of craving.

Ongewenste effecten van **GHB**-gebruik zijn misselijkheid, duizeligheid, verslappen van de spieren, trillen, hoofdpijn, onbedwingbare slaap, verwardheid en roekeloosheid (Kerssemakers e.a., 2008). Doseren van GHB is moeilijk en loopt vaak fout. In combinatie met alcohol kan het risico op overdosering al bij een lage dosis GHB optreden. Frequent gebruik van een hoge dosis GHB kan tot afhankelijkheid en onthoudingsverschijnselen leiden.
Een van de risico's is nog dat velen denken dat GHB vloeibare XTC is. GHB heeft echter helemaal niets met XTC te maken, het is geen oppeppend maar een verdovend middel (De DrugLijn, 2009e).

Een fatale **ketamine**-overdosis komt bijna niet voor (Kerssemakers e.a., 2008). In combinatie met alcohol of opiaten kan onderdrukking van de ademhaling optreden. Gecombineerd gebruik met stimulantia kan een risico zijn voor personen met hart- en vaatziekten. Hoge doses veroorzaken hersenschade bij ratten maar bij mensen is dat nog niet aangetoond. Zwaar gebruik van ketamine hangt samen met geheugenproblemen die langer duren dan de acute effecten van het

middel. Er zijn geen aanwijzingen dat gebruik van ketamine zou leiden tot hallucinaties of psychoses bij gezonde personen nadat het middel is uitgewerkt. Bij herhaald gebruik kan tolerantie en afhankelijkheid optreden.

6.6.2.1 *Morbiditeit*

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal personen dat lichamelijke of psychische aandoeningen ondervindt als gevolg van gebruik van hallucinogenen, GHB of ketamine. In de minimale klinische gegevens en de minimale psychiatrische gegevens wordt wel opgetekend hoeveel personen in ziekenhuizen opgenomen worden voor misbruik of afhankelijkheid van andere middelen (zie hoofdstuk 7.6).

6.6.2.2 *Sterfte door gebruik van andere middelen*

Het WIV heeft de druggerelateerde overlijdens in **Vlaanderen en Brussel** geanalyseerd voor de periode **1998-2004** op basis van het algemeen mortaliteitsregister (Jossels e.a., 2007). Druggerelateerde overlijdens zijn uit dit bestand geselecteerd op basis van de definitie 'selectie B' van het EMCDDA. Tussen 1998 en 2004 worden in Vlaanderen en Brussel in totaal 467 druggerelateerde doden genoteerd, 384 mannen (82%) en 83 vrouwen.
Van de 467 druggerelateerde doden is in 55% van gevallen de substantie bekend waaraan de persoon is overleden. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). LSD of andere hallucinogenen kunnen dan een van de gebruikte middelen zijn. In 1% van de gevallen is gebruik van **LSD en andere hallucinogenen** de doodsoorzaak.

Vlaanderen publiceert ieder jaar statistieken van de doodsoorzaken die per onderliggende doodsoorzaak zijn weergegeven naar sekse en leeftijd (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b). De laatst verschenen overlijdensstatistieken zijn deze van 2006. Uitgaande van de 'strikte definitie' van het EMCDDA zijn daaruit het aantal druggerelateerde overlijdens in Vlaanderen af te leiden voor de periode **1998-2006**.
In het Vlaams gewest zijn in de periode 1998-2006 374 personen, 296 mannen en 78 vrouwen, overleden als gevolg van het gebruik van illegale drugs (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b; Vlaamse Overheid, 2004a-b). Directe sterfte door gebruik van hallucinogenen komt in Vlaanderen in deze periode voor bij 1 man en 2 vrouwen.

Van de andere middelen zijn er geen exacte cijfers beschikbaar over het aantal sterfgevallen.

6.6.3 Rijden onder invloed van andere middelen

De effecten van **hallucinogenen** gaan niet samen met veilig rijden (Van Vlierden & Lammar, 2007). Het belangrijkste gevaar schuilt in de ongewenste effec-

ten van hallucinogenen met name de 'bad trip', met effecten zoals angst, verlies van realiteit en hallucinaties.
Synthetische drugs zoals **GHB**, **ketamine** en **PCP** kunnen de psychomotorische en cognitieve prestaties verminderen (Raes e.a., 2008). **Efedrine** en **phentermine** hebben geen invloed op de prestaties of zorgen soms voor een verbetering.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over rijden onder invloed van andere middelen.

6.6.4 Verkeers- en andere ongevallen onder invloed van andere middelen

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het voorkomen van gebruik van andere middelen bij verkeersongevallen of andere ongevallen.

6.6.5 Criminaliteit gerelateerd aan gebruik van andere middelen

De politiestatistiek geeft een overzicht van de geregistreerde feiten in verband met andere middelen. Bij de parketten vindt een jaarlijkse registratie van druggebruikers plaats dewelke een zicht geeft op het aantal gebruikers van andere middelen. Andere gegevens in verband met de gerechtelijke afhandeling maken geen onderscheid naar het middel (bv. parketstatistiek, veroordelingsstatistiek, statistiek van de jeugdparketten, ...).

6.6.5.1 *Misdrijven in verband met andere middelen geverbaliseerd door de politiediensten*

OVERTREDINGEN VAN DE DRUGWETGEVING

In vergelijking met cannabis, cocaïne, heroïne, XTC en amfetamines registreren de politiediensten in de ANG weinig misdrijven in verband met andere middelen zoals hallucinogenen, GHB of ketamine. In 2007 heeft in Vlaanderen 1% van het totaal aantal geregistreerde **misdrijven** door de federale politie te maken met hallucinogenen, 2% met GHB en 0,1% met ketamine[140].
Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met **hallucinogenen** ligt zowel in België als in Vlaanderen iets hoger in 2006 dan de andere jaren (tabel 59). In de periode 2004-2007 worden in België meer feiten geregistreerd in verband met bezit van hallucinogenen. In het Vlaams gewest is het aantal geregistreerde feiten in verband met handel in hallucinogenen toegenomen. De meeste feiten die in verband met hallucinogenen worden opgetekend zijn feiten in verband met bezit. Feiten in verband met in- en uitvoer komen op de tweede plaats.

---

[140] Het totaal aantal geregistreerde misdrijven voor illegale drugs bedraagt voor Vlaanderen in 2007 24.146.

Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met **GHB** zijn zowel in België als in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 bijna verdubbeld (tabel 59). De stijging is het sterkst merkbaar op vlak van handel in GHB. De meeste geregistreerde feiten betreffen dan ook handel in GHB. Feiten in verband met GHB-bezit komen op de tweede plaats.

De geregistreerde criminele feiten in verband met **ketamine** zijn zowel in België als in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 verdubbeld (tabel 59). De grootste toename doet zich voor in het aantal feiten in verband met ketaminebezit.
De laatste twee jaar zijn er ongeveer evenveel feiten in verband met handel als in verband met bezit van ketamine.

Tabel 59 – Aantal door de politiediensten geregistreerde feiten in verband met andere middelen, 2004-2007

	Hallucinogenen				GHB				Ketamine			
België	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Bezit	143	122	195	190	96	104	132	141	3	5	15	11
Gebruik	48	24	27	47	57	64	91	88	0	2	5	4
Fabricatie	4	3	1	1	1	1	8	1	0	0	0	0
Handel	33	19	13	36	64	92	162	164	12	5	15	13
In- en uitvoer	141	180	177	112	11	4	20	33	0	2	6	2
Totaal	**369**	**348**	**413**	**386**	**229**	**265**	**413**	**427**	**15**	**14**	**41**	**30**
Vlaams Gewest	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Bezit	72	72	98	72	95	102	128	140	2	4	14	11
Gebruik	33	15	18	33	56	63	90	87	0	2	5	4
Fabricatie	4	1	1	0	1	0	8	1	0	0	0	0
Handel	25	15	12	30	64	87	161	162	10	5	15	13
In- en uitvoer	58	79	79	52	11	3	20	32	0	2	6	2
Totaal	**192**	**182**	**208**	**187**	**227**	**255**	**407**	**422**	**12**	**13**	**40**	**30**

Bron: Federale politie, 2008a

ANDERE DRUGGERELATEERDE CRIMINALITEIT

In het onderzoek van De Ruyver e.a. (2008) dat de druggerelateerde criminaliteit in België in kaart brengt zijn 1.089 politionele dossiers uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties geanalyseerd inzake eigendomsdelicten, geweldsdelicten, seksuele delicten en inbreuken op de drugwetgeving. Voor elk van deze delicten is bekeken welk percentage druggerelateerd is. Hallucinogenen komen zeer weinig voor in de bestudeerde dossiers van de verdachten, ketamine of GHB helemaal niet (tabel 8 in bijlage).

6.6.5.2 *Gebruikers van andere middelen geregistreerd door de parketten*

Gegevens over de behandeling van de strafzaken door de parketten bij de recht-

banken van eerste aanleg zijn niet beschikbaar volgens middel. Het totaal aantal ingestroomde, afgesloten en hangende zaken is besproken in paragraaf 2.6.6.2.

Uit registratieonderzoek bij geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel blijkt dat in 2007 0,3% van de druggebruikers die bij de parketten in Vlaanderen en Brussel geregistreerd werden **LSD of hallucinogenen** gebruikt heeft, in 1997 gaat het om 1% (tabel in 8 bijlage) (Fraeyman & Van Hal, 2009). Het aantal gebruikers is van 50 in 1997 afgenomen naar 9 in 2007. Gezien dit kleine aantal kan van deze groep geen leeftijds- of sekseverdeling gegeven worden.

6.6.5.3 *Alternatieve maatregelen en sancties voor druggebruikers*

Uit het onderzoek van De Ruyver e.a. (2007) waarin gerechtelijke dossiers uit 1999 en 2001 worden onderzocht van personen die een alternatieve afhandeling krijgen opgelegd, blijkt dat het in 6% van de dossiers over gebruik van hallucinogenen gaat.

6.7 Aanbod van andere middelen

6.7.1 Beschikbaarheid van andere middelen

In de enquêtes bij scholieren (ESPAD-onderzoek en HBSC-studie) is gevraagd of jongeren gemakkelijk aan LSD/tripmiddelen, hallucinogene paddenstoelen of GHB kunnen komen. Voor volwassenen weten we dat niet.

Uit de gegevens van de **HBSC-studie** blijkt dat jongens gemakkelijker aan **LSD/tripmiddelen** kunnen geraken dan meisjes (Hublet, Vereecken & Maes, 2008). In 2006 zeggen 3 op 10 jongens en 2 op 10 meisjes dat ze zonder problemen aan LSD/tripmiddelen kunnen geraken. Vergeleken met 1998 liggen die percentages wat lager.
Voor de jongste leerlingen is het niet zo gemakkelijk om aan LSD/tripmiddelen te geraken. In 2006 denkt 10% van de 12-14-jarigen dit zonder problemen te kunnen. 3 op 10 van de 15-16-jarigen en 4 op 10 van de 17-18-jarigen zegt zonder problemen aan LSD/tripmiddelen te kunnen komen. In 1998 wordt de bereikbaarheid van LSD/tripmiddelen eenvoudiger ingeschat.
4 op 10 leerlingen uit het BSO en het TSO kunnen gemakkelijk aan LSD/tripmiddelen geraken terwijl dit in het ASO maar voor 3 op 10 van de leerlingen geldt. In 1998 is er op dat gebied geen verschil tussen de leerlingen uit verschillende onderwijsvormen. Zowel in het ASO, BSO en TSO denkt ongeveer 4 op 10 van de leerlingen dat ze gemakkelijk aan LSD/tripmiddelen zouden kunnen geraken.

In de **ESPAD-studie** van 2003 wordt aan de leerlingen gevraagd of het moeilijk is om aan **LSD/hallucinogenen, hallucinogene paddenstoelen** of **GHB**

te komen (Lambrecht & Andries, 2003; Lambrecht & Andries, 2008). In de studie van 2007 komt deze vraag niet meer aan bod in de vragenlijst.
16% van de leerlingen, meer jongens (18%) dan meisjes (14%), zegt dat het heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk is om aan **LSD/hallucinogenen** te geraken.
18% van de leerlingen, meer jongens (22%) dan meisjes (14%), zegt dat het heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk is om aan **hallucinogene paddenstoelen** te komen.
7% van de leerlingen, iets meer jongens (8%) dan meisjes (6%), zegt dat **GHB** heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk te verkrijgen is.

6.7.2 Inbeslagnames van andere middelen

Voor België zijn data beschikbaar over het aantal inbeslagnames van LSD, GHB en ketamine (Federale Politie, 2008d) (tabel 60).
In vergelijking met cannabis, cocaïne, opiaten, XTC en amfetamines komen inbeslagnames van **LSD** zeer weinig voor. In 2007 gebeurt dat maar een keer. De meeste vangsten van LSD doen zich voor in de jaren negentig en in 2000.
Vanaf 2005 zijn er cijfers over het aantal inbeslagnames van **GHB** en **ketamine**. 1% van het totaal aantal inbeslagnames in 2007 betreft GHB, slechts 0,1% betreft ketamine (tabel 14 in bijlage). Voor beide middelen vertoont het aantal inbeslagnames tussen 2005 en 2007 een stijgende tendens.

Tabel 60 – Aantal inbeslagnames van LSD, GHB en ketamine in België, 1998-2007

Jaar	LSD	GHB	Ketamine
1998	75	geen info	geen info
1999	73	geen info	geen info
2000	107	geen info	geen info
2001	geen info	geen info	geen info
2002	geen info	geen info	geen info
2003	17	geen info	geen info
2004	geen info	geen info	geen info
2005	geen info	285	20
2006	1	476	43
2007	1	511	36

Bron: Federale Politie, 2008d

6.7.3 Prijs van andere middelen

Wat de andere middelen betreft zijn er cijfers over de prijs van LSD, en voor de laatste twee jaar ook van GHB en ketamine (tabel 61) (Federale politie, 2008c).

De gegevens zijn niet voor alle jaren beschikbaar waardoor prijsevoluties moeilijk aan te geven zijn. In tabel 61 zijn ook de gecorrigeerde prijzen op basis van de CPI weergegeven. De prijs voor een dosis **LSD** blijft tussen 1997 en 2007 onveranderd op 8 EUR. De gemiddelde prijs voor een flügelflesje **GHB** en voor ketamine daalt sterk tussen 2006 en 2007. Aangezien we voor deze middelen slechts twee vergelijkingsjaren hebben zegt dit nog niet veel over een mogelijke trend. In 2007 wordt gemiddeld 15 EUR betaald voor een flügelflesje GHB en 32 EUR voor een gram ketamine.

Tabel 61 – Gemiddelde straatprijs van LSD, GHB en ketamine in België, 1997-2007 (in EUR)[141]

	1997	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2007
LSD (per dosis)	6,8	6,9	geen info	3,1	8,7	geen info	geen info	geen info	8,3
Gecorrigeerde prijs LSD (per dosis)	7,7	7,7	geen info	3,3	9,1	geen info	geen info	geen info	7,7
GHB (per flügelflesje)	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	18,9	16,3
Gecorrigeerde prijs GHB (per flügelflesje)	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	18,0	15,0
Ketamine (per gram)	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	42,5	34,2
Gecorrigeerde prijs Ketamine (per gram)	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	40,4	31,5

Bron: Federale politie, 2008c; Lamkaddem & Roelands, 2008; Sleiman, 2005; Sleiman & Roelands, 2006

6.8 Trends in cijfers over andere middelen 1997-2007

Er zijn voor België/Vlaanderen geen cijfers beschikbaar over het gebruik van andere (illegale) middelen in de **algemene bevolking**.

2% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit tripmiddelen (LSD, paddo's, ...) gebruikt. De HBSC-studie van 2006 vindt hiervoor hetzelfde percentage. 1% van de leerlingen bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar tripmiddelen. Van de leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt 1% de laatste maand LSD/tripmiddelen.
Volgens de VAD-leerlingenbevraging is het percentage leerlingen dat ooit en het laatste jaar tripmiddelen heeft gebruikt, sinds het schooljaar 2000-2001 significant gedaald. In de HBSC-studie daalt het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen in

[141] De prijzen in de tabel zijn de prijzen van illegale middelen zoals de federale politie ze overmaakt aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) voor het jaarlijks Belgisch nationaal rapport. Voor 2002 en 2004 zijn er geen politiecijfers beschikbaar over de gemiddelde prijzen van illegale drugs.

de periode 1996-2006 maar blijft het gebruik gedurende de laatste maand stabiel.

Meer jongens (3%) dan meisjes (1%) hebben ooit tripmiddelen gebruikt. Dat blijkt zowel uit de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie. Gebruik van tripmiddelen tijdens het laatste jaar komt eveneens meer voor bij jongens dan meisjes. In de HBSC-studie zijn geen meisjes die de laatste maand LSD/tripmiddelen hebben gebruikt. Het gebruik van LSD/tripmiddelen is volgens de HBSC-studie zowel bij jongens als meisjes afgenomen.

Met de leeftijd neemt het percentage leerlingen dat tripmiddelen heeft gebruikt toe: 5% van de 17-18-jarigen heeft ooit tripmiddelen gebruikt. Deze cijfers zijn identiek in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie. 2% van de 17-18-jarige leerlingen bevraagd in de VAD-leerlingenbevraging gebruikt het laatste jaar tripmiddelen, 1% van de 17-18-jarige leerlingen bevraagd in de HBSC-studie gebruikt de laatste maand LSD/tripmiddelen.
Volgens de HBSC-studie blijft het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen tussen 1996 en 2006 in alle leeftijdsgroepen stabiel.

Uit de VAD-leerlingenbevraging blijkt dat 1% van de leerlingen uit het ASO ooit of tijdens het laatste jaar tripmiddelen heeft gebruikt. Van de leerlingen in het TSO heeft 4% ooit en 2% tijdens het laatste jaar tripmiddelen gebruikt. In het BSO heeft 5% ooit en 2% tijdens het laatste jaar tripmiddelen gebruikt. De percentages zijn van eenzelfde grootteorde in de HBSC-studie. Het ooit-gebruik van LSD/tripmiddelen blijft in alle onderwijsvormen over de periode 1996-2006 vergelijkbaar.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers over het gebruik van tripmiddelen volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau van de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

De cijfers van de ESPAD-studie over het gebruik van tripmiddelen zijn niet helemaal te vergelijken met deze uit de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie omdat de ESPAD-studie zowel vraagt naar het gebruik van LSD/andere hallucinogenen enerzijds en het gebruik van hallucinogene paddenstoelen anderzijds. In de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie is er maar sprake van een categorie namelijk tripmiddelen waaronder zowel LSD en hallucinogene paddenstoelen verstaan wordt.
Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie in 2007 heeft 3% van de leerlingen ooit LSD/andere hallucinogenen en 3% hallucinogene paddenstoelen gebruikt. In 2003 gebruikt 2% van de leerlingen het laatste jaar LSD/andere hallucinogenen en 3% hallucinogene paddenstoelen. 1% van de leerlingen heeft de laatste maand LSD/andere hallucinogenen of hallucinogene paddenstoelen gebruikt.

Naar het gebruik van **GHB** wordt gepolst in de VAD-leerlingenbevraging en het ESPAD-onderzoek. 1% van de scholieren in het secundair onderwijs die tijdens het schooljaar 2007-2008 in de VAD-leerlingenbevraging zijn bevraagd heeft ooit GHB gebruikt, 0,4% het laatste jaar.
Meer jongens (2%) dan meisjes (1%) hebben ooit GHB gebruikt. Gebruik van

GHB tijdens het laatste jaar komt bij jongens en meisjes nagenoeg niet voor.
Ooit-gebruik van GHB komt enkel voor bij de oudere leeftijdsgroepen, van wie er enkelen occasioneel GHB gebruiken.
In het BSO (3%) zijn er iets meer leerlingen dan in het TSO/KSO (1%) die ooit GHB hebben gebruikt. Bij leerlingen uit het ASO komt GHB-gebruik nagenoeg niet voor.
Vanwege de kleine aantallen kunnen de cijfers over het gebruik van GHB volgens sekse, leeftijd en onderwijsniveau van de VAD-leerlingenbevraging niet voor de verschillende jaren vergeleken worden.

Van de 15-16-jarigen bevraagd in de ESPAD-studie heeft 1% ooit GHB gebruikt. Er is geen verschil tussen jongens en meisjes.

Er zijn geen cijfers over het gebruik van andere middelen zoals hallucinogene paddenstoelen, GHB of ketamine door **studenten in het hoger onderwijs.**

5% van de **uitgaanders** die in 2007 zijn bevraagd in het Partywise-uitgaansonderzoek gebruikt het afgelopen jaar hallucinogene paddenstoelen, 4% LSD, 5% GHB en 3% gebruikt ketamine. Het laatstejaarsgebruik van GHB is tussen 2003 en 2007 toegenomen van 2% naar 5%. Het gebruik van ketamine tijdens het laatste jaar stijgt van 1% naar 3%.
Uit het onderzoek uit 2006 van FOD justitie bij **gedetineerden** in Belgische gevangenissen blijkt dat 1% van de gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode LSD of hallucinogene paddenstoelen gebruikt. Eveneens 1% heeft LSD of hallucinogene paddenstoelen voor het eerst leren gebruiken in de gevangenis.

52% van de **ervaren cannabisgebruikers** die in een onderzoek in periode 2002-2003 zijn bevraagd heeft ooit hallucinogenen gebruikt, 9% gebruikt de laatste 3 maand hallucinogenen.

32% van de onderzochte **cannabistelers** heeft het laatste jaar hallucinogene paddenstoelen gebruikt, 16% LSD of andere hallucinogenen. 1% gebruikt de laatste maand hallucinogene paddenstoelen en 3% LSD of andere hallucinogenen.

9 op 10 van een groep onderzochte **ervaren cocaïnegebruikers** in Vlaanderen hebben ooit LSD gebruikt. Gebruik van LSD tijdens de afgelopen twee weken komt meer voor in 1997 (8%) dan in 2003 (1%).

53% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit hallucinogenen hebben gebruikt **combineren** dit vaak of altijd met cannabis. 18% van de ervaren cannabisgebruikers geeft aan cannabis te combineren met hallucinogene paddenstoelen, 6% met GHB en 2% met ketamine.
LSD wordt zeer weinig met cocaïne gecombineerd zo blijkt uit de studie bij de ervaren cocaïnegebruikers. In 1997 combineert 3% soms en 16% zelden cocaïne met LSD. In de follow up studie gebeurt dat nog minder. 8% van de cocaïnegebruikers die in 2003 worden bevraagd combineert cocaïne zelden met LSD.
België staat op de 4de plaats in **Europa** wat betreft het ooit-gebruik van LSD en andere hallucinogenen door 15-16-jarigen samen met Bulgarije, Estland, Hongarije, Ierland, Nederland, Rusland en het Verenigd Koninkrijk.

In de periode 1998-2004 is bij 1% van de druggerelateerde **doden** waarbij de substantie bekend is, gebruik van LSD en andere hallucinogenen de doodsoorzaak. Meestal is meervoudig druggebruik de oorzaak (45%). LSD of andere hallucinogenen kunnen dan een van de gebruikte middelen zijn.
In Vlaanderen komt in de periode 1998-2006 directe sterfte door gebruik van hallucinogenen voor bij 1 man en 2 vrouwen.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over **rijden onder invloed** van andere middelen.

Evenmin zijn er cijfers beschikbaar over het voorkomen van gebruik van andere middelen bij **verkeersongevallen** of andere ongevallen.

In 2007 heeft in Vlaanderen 1% van het totaal aantal geregistreerde **misdrijven** door de federale politie te maken met hallucinogenen (n = 187), 2% met GHB (n = 422) en 0,1% (n = 30) met ketamine.
De meeste feiten die in verband met hallucinogenen worden opgetekend zijn feiten in verband met bezit. De meeste geregistreerde feiten in verband met GHB betreffen handel. Voor ketamine komen feiten in verband met bezit of handel even vaak voor.
In de periode 2004-2007 worden in België meer feiten geregistreerd in verband met bezit van hallucinogenen. Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met GHB en ketamine zijn zowel in België als in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 bijna verdubbeld.

Uit onderzoek van 1.089 **politionele dossiers** uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties blijkt dat hallucinogenen zeer weinig en ketamine of GHB helemaal niet voorkomen in de bestudeerde dossiers van de verdachten.

0,3% van de druggebruikers die bij de **parketten** geregistreerd worden in een jaarlijks registratieonderzoek gebruikt LSD of hallucinogenen. Het aantal is tussen 1997 en 2007 sterk gedaald.

Van de gerechtelijke dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart van personen aan wie een **alternatieve maatregel of sanctie** is opgelegd heeft 6% betrekking op gebruik van hallucinogenen.

Jongens, leerlingen tussen 17 en 18 jaar en leerlingen uit het BSO en het TSO denken **gemakkelijker** aan LSD/tripmiddelen te kunnen geraken in vergelijking met meisjes, jongere leerlingen of leerlingen uit het ASO.
16% van de 15-16-jarige leerlingen zegt dat het heel gemakkelijk of nogal gemakkelijk is om aan LSD/hallucinogenen te geraken, 18% denkt hetzelfde voor hallucinogene paddenstoelen en 7% voor GHB.

1% van het totaal aantal **inbeslagnames** betreft GHB, slechts 0,1% betreft ketamine. LSD wordt bijna niet in beslag genomen.

Een dosis LSD **kost** in 2007 8 EUR, dat is evenveel als in 1997. In 2007 wordt gemiddeld 15 EUR betaald voor een flügelflesje GHB en 32 EUR voor een gram ketamine.

7 Hoofdstuk 7

Hulpvraag
Profiel van cliënten in behandeling

Om de vraag naar hulpverlening bij problematisch middelengebruik in kaart te brengen, zijn de registratiegegevens van diverse hulpverleningsvoorzieningen de voornaamste bron. Op dit moment gebeurt de registratie van de hulpvraag binnen de verschillende werksoorten in Vlaanderen niet-uniform. Laagdrempelige en ambulante hulpverleningsvormen, zoals bijvoorbeeld zelfhulpgroepen of huisartsen, registreren de hulpvraag sowieso niet systematisch. Hier kan alleen een beroep gedaan worden op eenmalige onderzoeken, wat het moeilijker maakt om trends te identificeren.

Een belangrijke opmerking is dat registratiegegevens uitsluitend inzicht geven in de vraag naar behandeling bij problematisch middelengebruik. Ze zeggen niets over de omvang van problematisch middelengebruik in de maatschappij omdat niet alle gebruikers met problemen hulp zoeken. We weten niet welk aandeel van de probleemgebruikers een beroep doet op hulp. Daarenboven wordt de hulpvraag beïnvloed door het hulpverleningsbeleid, de capaciteit van de voorziening, het hulpverleningsaanbod in een regio, enzovoort. Bepaalde groepen (bv. vrouwen, allochtonen) worden structureel onvoldoende bereikt door de drughulpverlening.
Een tweede kanttekening bij registratiegegevens is dat ze over het algemeen geen rekening houden met dubbeltellingen waardoor er geen data zijn van het aantal zogenaamde 'unieke' cliënten in de drughulpverlening. Ten slotte kunnen nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld wijzigingen in de wetgeving) en nieuwe tendensen in de hulpverlening (bijvoorbeeld de oprichting van de Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC)) registratiedata eveneens sterk beïnvloeden.
Aangezien een overkoepelend en uniform registratiesysteem ontbreekt, worden de data van de verschillende hulpverleningsvormen afzonderlijk besproken. Dit geeft een indicatie van de omvang en het profiel van de personen die een beroep doen op hulpverlening omwille van problemen met middelengebruik. Omdat de registratiesystemen onderling verschillen, moet zeer voorzichtig omgesprongen worden met vergelijkende uitspraken over de verschillende werksoorten.

Er zijn verschillende kanalen waarlangs mensen hulp kunnen zoeken voor problematisch middelengebruik (VAD, 2006). De welzijns- en gezondheidssector biedt zowel gespecialiseerde (categoriale) als niet-gespecialiseerde hulpverlening en ondersteuning aan. Naast de gespecialiseerde of categoriale drughulpverle-

ning, spelen ook mantelzorg, zelfhulp en eerstelijnsvoorzieningen een belangrijke rol in de vroegtijdige signalering, opvang en begeleiding van personen met problematisch middelengebruik.

Mantelzorg en zelfhulp
Personen met problematisch middelengebruik kunnen buiten het professionele hulpverleningscircuit hulp vinden bij familieleden, vrienden, buren, vrijwilligers, ... Ook in zelfhulpgroepen kunnen de permanente beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen, de mogelijkheid van crisisinterventie en de wekelijkse groepsbijeenkomsten met lotgenoten een belangrijke ondersteuning betekenen voor wie geen professionele hulp wenst.

De DrugLijn
De DrugLijn biedt een anoniem en laagdrempelig toegangskanaal aan iedereen die vragen heeft over alcohol, psychoactieve medicatie, illegale drugs en gokken.

Straathoekwerk
Straathoekwerkers zoeken druggebruikers in hun eigen milieu op (op straat, in het café, thuis, ...) en zijn daar beschikbaar voor hulp en advies. Sommige straathoekwerkers zijn verbonden aan een drughulpverleningscentrum.

De eerstelijnszorg
De eerstelijnszorg is de eerste, laagdrempelige, niet-gespecialiseerde stap in de georganiseerde hulpverlening. De huisarts en de spoedgevallendienst zijn hier de belangrijkste actoren. Verder kunnen ook andere intermediairen zoals thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp, bedrijfsmaatschappelijk werk, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB), Centra voor Bijzondere Jeugdzorg (CBJ) of Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) een rol spelen in vroeginterventie en nazorg.

Ambulante alcohol- en drughulpverlening
De ambulante alcohol- en drughulpverlening bestaat uit Medisch-Sociale Opvangcentra voor druggebruikers (MSOC), ambulante drugzorg of dagcentra, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en privé therapeuten die alcohol- en drugproblemen behandelen.

Semi-residentiële alcohol- en drughulpverlening (psychiatrische deeltijdbehandeling)
Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn er afdelingen voor semi-residentiële zorg. Sommige van deze diensten zijn specifiek gericht naar mensen met problemen ten gevolge van alcohol, medicatie of illegale drugs.

Residentiële alcohol- en drughulpverlening
Hieronder vallen de thuislozenwerking, crisisinterventiecentra (CIC), de crisisopvang op Eenheden voor Psychiatrische Spoedinterventie (EPSI), Psychiatrische

Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-diensten), ontwennings- en behandelingsafdelingen van Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ) of ontwenningsklinieken, Therapeutische Gemeenschappen (TG) en projecten voor beschut wonen.

Niet alle werksoorten beschikken over cijfergegevens omtrent het aantal cliënten dat op hen een beroep doet.

7.1 Vragen over illegale drugs bij De DrugLijn

Bij De DrugLijn kan men anoniem terecht voor informatie- en hulpvragen over alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken (Evenepoel, 2008). Iedereen kan De DrugLijn contacteren. De medewerkers van De DrugLijn registreren na elk telefoongesprek en na elke e-mail[142] een aantal anonieme gegevens over de vraagsteller en over de aard van de vraag.
In dit hoofdstuk wordt belicht in welke mate diverse middelen ter sprake komen bij De DrugLijn en welke vragen gebruikers en ex-gebruikers aan de lijn stellen.
Toch moet er op gewezen worden dat het in beide gevallen om slechts een deel gaat van het brede gamma aan vragen die de lijn jaarlijks krijgt. Gebruikers en ex-gebruikers vormen slechts een van de vele doelgroepen die contact nemen met de lijn. Anderzijds zijn er ook contacten waarin geen drug ter sprake komt.
De DrugLijn wil beschikbaar zijn voor iedereen (Evenepoel, 2008). Gebruikers en ex-gebruikers vertegenwoordigen 28% van alle bellers en mailers. Naast hen nemen ook veel ouders, partners en andere gezins- en familieleden contact met de lijn. Ook scholieren, studenten, zorgverstrekkers, hulpverleners en preventiewerkers contacteren De DrugLijn.

Bij De DrugLijn kan men met allerlei vragen terecht (Evenepoel, 2008). Vandaar dat de lijn niet alleen vragen over drugs zelf krijgt. In 2007 komt in ongeveer 8 op 10 van de DrugLijncontacten een middel aan bod. In gesprekken met partners, ouders en familieleden kan het bijvoorbeeld gaan over de impact van een afhankelijkheidsprobleem op de relaties en hoe daar moet mee omgesprongen worden. Uiteraard zijn er ook oproepen en e-mails waarin eenvoudigweg naar documentatiemateriaal wordt gevraagd of waarin adressen voor hulp of preventie wordt gevraagd.

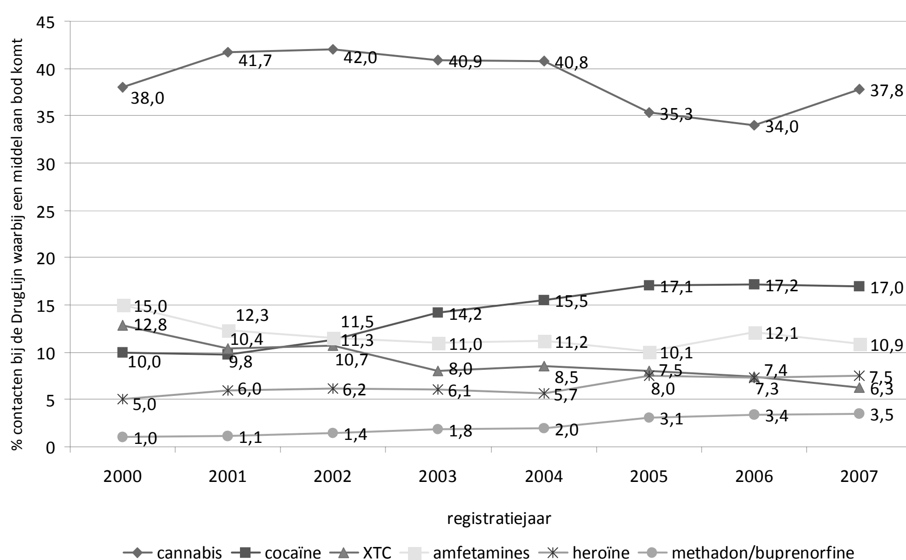
De cijfers over welke middelen ter sprake komen bij De DrugLijn kunnen zeker niet gezien worden als indicator van hoe het met druggebruik in Vlaanderen gesteld is (Evenepoel, 2008). Ze vormen eerder een barometer die aangeeft over welke drugs vragen leven. Overigens hebben tal van factoren een invloed op de mate waarin vragen over bepaalde drugs gesteld worden. In het verleden is al meermaals gebleken dat campagnes, verwijzingen naar De DrugLijn in de media of periodes met veel algemene persaandacht voor alcohol en andere middelen, een effect kunnen hebben op het aantal vragen en op de onderwer-

142 Sinds 2004 beantwoordt de Druglijn ook vragen via e-mails.

pen waarover gebeld en gemaild wordt.

Cannabis is al van bij de start van De DrugLijn de meest besproken drug. In 2007 gaat 38% (n = 1.969) van de contacten waarin een middel ter sprake komt over cannabis (grafiek 45). Het percentage contacten waarbij sprake is van cannabis is na een daling in 2005 en 2006 terug toegenomen in 2007. Tegenover 2006 gaat het over een toename van 4%. De verklaring daarvoor zoekt De DrugLijn zelf in de aandacht die de media in 2007 besteden aan de risico's van cannabisgebruik (Evenepoel, 2008). Er is toen veel bericht over de mogelijke verbanden tussen cannabis en schizofrenie, evenals over de impact van cannabis op de hersenontwikkeling van jongeren. Tijdens de maand mei 2007 is er uitgebreide media-aandacht over het toenemend aantal mensen met cannabisproblemen dat aanklopt bij specifieke hulpverleningsvoorzieningen.
Het absoluut aantal contacten over cannabis blijft over de jaren heen nogal constant en schommelt rond de 2.000 oproepen per jaar.

Grafiek 45 – Evolutie van de contacten bij De DrugLijn waarbij een middel ter sprake komt, 2000-2007



Bron: De DrugLijn, 2008b

Voor het jaar 2007 analyseert De DrugLijn de vragen die ze tussen 1 januari en 30 september over cannabis kreeg (Evenepoel, 2007). Daaruit blijkt dat mannen met vragen over cannabis meer gebruik maken van e-mail dan van de telefoonlijn. Personen die bellen met een vraag over cannabis zijn vooral tussen 45 en 50 jaar. De personen die per mail een vraag stellen zijn jonger. Het grootste deel daarvan is tussen 15 en 20 jaar oud. Er wordt vooral gebeld door ouders (52%), terwijl 53% van de personen die mailen (ex)-gebruikers zijn. De onderwerpen die ter sprake komen in een telefoongesprek over cannabis verschillen van de

thema's die via mail aan bod komen. Naast algemene vragen over de effecten en risico's van de drug, gaan de telefonische vragen vooral over hoe je cannabisgebruik kan herkennen, hoe cannabis gebruikt wordt en hoe het product eruit ziet. De vragen per mail gaan veeleer over thema's zoals urine- en bloedtesten, wettelijke informatie en onthoudingsverschijnselen. Voorts hebben de bellers het meer over de impact van cannabis op de ouder-kindrelatie en de mailers het over het eigen cannabisgebruik.

Cocaïne is de tweede meest besproken illegale drug, na cannabis (grafiek 45). In 2007 komt in 17% (n = 886) van de gesprekken of mails bij De DrugLijn cocaïne ter sprake. Op zeven jaar tijd is het percentage gesprekken waarin cocaïne ter sprake komt, gestegen van 10% tot 17% (grafiek 45). De laatste drie jaar blijft het aandeel vragen over cocaïne stabiel op 17%.

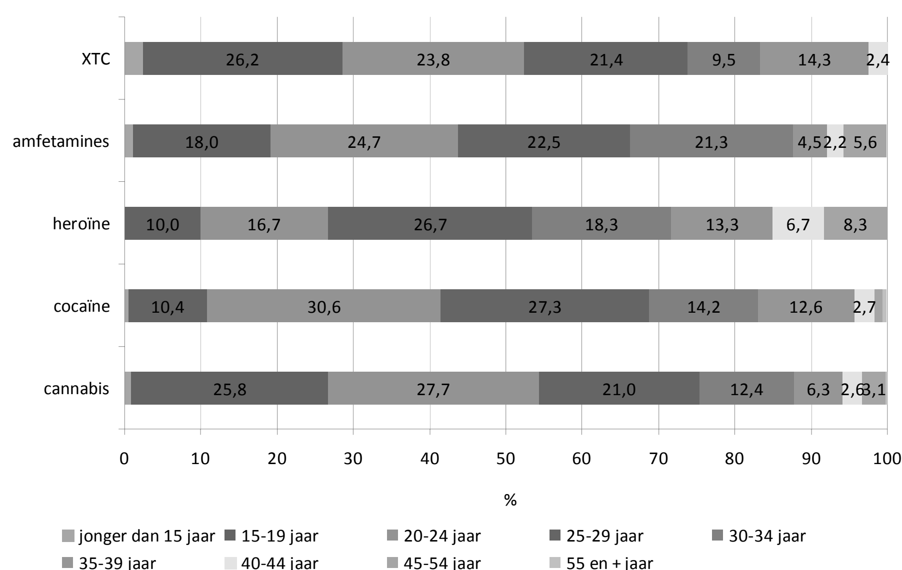
11% (n = 570) van de DrugLijncontacten waarin een illegaal middel aan bod komt gaat in 2007 over **amfetamines** (speed). Na cannabis en cocaïne is speed het meest besproken illegale product bij De DrugLijn. Het percentage vragen over amfetamines daalt tussen 2000 en 2007 van 15% naar 11%. Het percentage contacten waarin amfetamines ter sprake komt is de laatste jaren stabiel rond de 11% à 12%.

Heroïne komt in 8% van de DrugLijncontacten waarin een middel ter sprake wordt gebracht aan bod. In 2007 gaat het om 390 oproepen. Het aandeel vragen over heroïne is tussen 2000 en 2007 toegenomen van 5% naar 8%. De laatste drie jaar blijft het aandeel vragen over heroïne stabiel op 8%.
Sinds 2000 zijn er bij De DrugLijn minder en minder vragen over **XTC**. In 2007 gaat 6% van de Druglijncontacten over XTC (n = 329). Dat zijn er minder dan over heroïne.

Net zoals voor heroïne vertonen de vragen over **methadon/buprenorfine** bij De DrugLijn een stijgende tendens (1% in 2000 en 4% in 2007). In 2007 zijn er in totaal 184 contacten waarin methadon of buprenorfine aan bod kwam. Vooral de laatste drie jaar is er een toename in het aantal vragen over methadon of buprenorfine.
Voor het jaar 2007 zijn uit het bestand van de DrugLijncontacten de (ex)-gebruikers geselecteerd. Dit wil zeggen de personen waarbij uit het contact blijkt dat het gaat om een (ex)-gebruiker. Van deze (ex)-gebruikers kan de leeftijds- en sekseverdeling gegeven worden.
Van de (ex)-**cannabis**gebruikers die in 2007 De DrugLijn contacteren zijn de meesten tussen 15 en 24 jaar. Een vijfde is tussen 25 en 29 jaar (grafiek 46). Driekwart van de (ex)-cannabisgebruikers die in 2007 De DrugLijn contacteren zijn mannen.
Meer dan de helft van de (ex)-**XTC**-gebruikers die naar De DrugLijn bellen of mailen is jonger dan 25 jaar (grafiek 46). Een vijfde is tussen 25 en 29 jaar oud. 1 op 7 is tussen 35 en 39 jaar. Een derde is vrouw, twee derde is man.
De (ex)-**cocaïne**gebruikers die in 2007 De DrugLijn contacteren zijn doorgaans iets ouder (grafiek 46). 4 op 10 zijn 24 jaar of jonger. Ruim een kwart is tussen 25 en 29 jaar. Driekwart van de (ex)-gebruikers die in 2007 De DrugLijn contac-

teren zijn mannen. 6 op 10 (ex)-gebruikers zijn mannen, 4 op 10 vrouwen.
Onder de (ex)-**amfetamine**gebruikers die naar De DrugLijn bellen of mailen is er een groot deel tussen 15 en 19 jaar (18%) (grafiek 46). Een kwart heeft een leeftijd van 20-24 jaar en een vijfde is tussen 25 en 29 jaar. Een derde is 30 jaar of ouder. 6 op 10 (ex)-amfetaminegebruikers zijn mannen, 4 op 10 zijn vrouwen.
Van de (ex)-**heroïne**gebruikers die De DrugLijn contacteren is 47% 30 jaar of ouder (grafiek 46). De meeste (ex)-heroïnegebruikers zijn 25-29 jaar. Driekwart bestaat uit mannen en een kwart is vrouw.

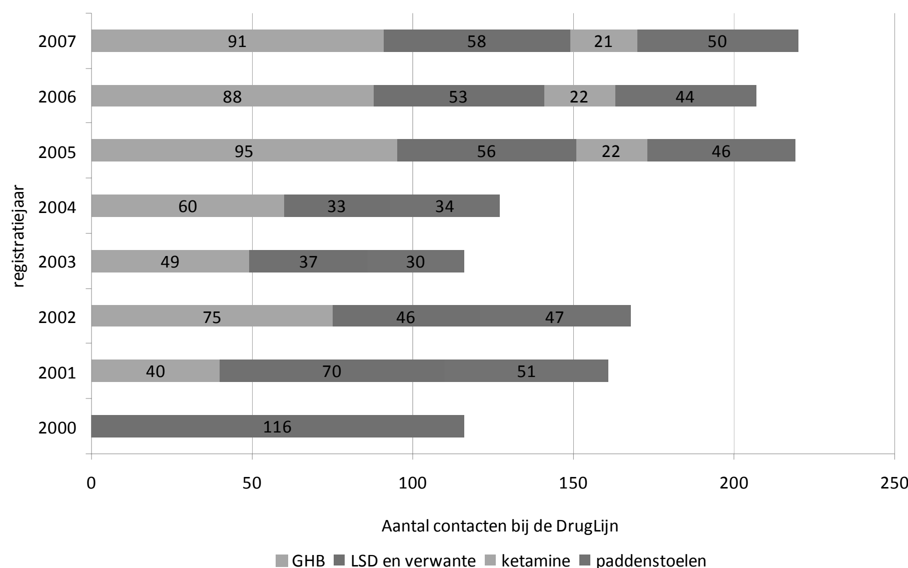
Grafiek 46 – Leeftijdsverdeling van de (ex)-gebruikers die De DrugLijn contacteren per middel, 2007



Bron: De DrugLijn, 2008b

Vergeleken met cannabis, cocaïne, heroïne, XTC, amfetamines, methadon/buprenorfine komen vragen in verband met andere middelen zoals LSD, GHB, ketamine en paddenstoelen een stuk minder ter sprake in de DrugLijn-contacten (tussen 0,4% en 2%). Het totaal aantal vragen over andere middelen is tussen 2000 en 2007 wel toegenomen (grafiek 47). In 2007 zijn er 278 vragen over deze andere middelen. Vragen over GHB komen het vaakst voor.
We moeten er wel rekening mee houden dat ketamine pas sinds 2005 als een aparte productcategorie op het registratieformulier wordt aangeduid. Voordien is dat middel ondergebracht bij de categorie 'LSD en andere'. In 2000 is er ook nog geen aparte categorie voorzien voor GHB of paddenstoelen.

Grafiek 47 – Aantal contacten over andere middelen bij De DrugLijn, 2000-2007



Bron: De DrugLijn, 2008b

7.2 Oproepen over blootstelling aan illegale drugs bij het Antigifcentrum

Bij het Antigifcentrum zijn artsen elke dag, 24 op 24 uur bereikbaar om deskundig telefonisch advies te geven bij vergiftigingen (Antigifcentrum, 2009). Het Antigifcentrum beantwoordt oproepen uit heel België. De oproep gebeurt in 57% van de gevallen in het Frans, in 43% van de gevallen in het Nederlands. Het centrum ontvangt gemiddeld 147 oproepen per dag. Het merendeel van de oproepen (79%) is afkomstig van de algemene bevolking; het gaat dan meestal om een blootstelling aan een product (81%). De slachtoffers zijn niet enkel volwassenen en kinderen. Ook dieren kunnen het slachtoffer zijn.
De verdeling volgens product varieert weinig van jaar tot jaar. Blootstellingen aan geneesmiddelen komen het meest voor, gevolgd door blootstelling aan huishoudproducten en pesticiden of biociden. Daarna volgen oproepen over planten en paddenstoelen, cosmetica, eetwaren, dieren en allerlei andere producten zoals producten voor industrieel gebruik, speelgoed, drugs, tabak, alcohol.

Voor 2007 heeft het Antigifcentrum een profiel gemaakt van de Nederlandstalige oproepen voor blootstelling aan illegale drugs (Antigifcentrum, 2008). Het gaat om oproepen waarvan op de oproepfiche minstens één agenstype 32[143]

[143] Dit wordt omschreven als 'drugs of abuse' met andere woorden het hoeft niet noodzakelijk een illegaal middel te zijn.

wordt aangeduid of oproepen waar bij de omstandigheden ‘toxicomanie’ werd aangeduid.
Alleen oproepen met blootstelling aan een substantie, zijn weerhouden. Vragen om informatie zijn uitgesloten. Wanneer er meerdere oproepen waren voor één geval, is dit slechts één maal geteld.
De oproepen betreffende kinderen of dieren zijn eveneens weerhouden aangezien dit een zicht geeft op ongevallen met illegale drugs.

De analyse van de oproepen bij het Antigifcentrum heeft natuurlijk heel wat beperkingen. Als de oproeper tijdens een oproep niet vermeldt dat het om misbruik gaat van geneesmiddelen of van een product dat gewoonlijk niet als drug wordt gebruikt (bv. huishoudmiddelen, cosmetica), dan komt de oproep niet in aanmerking.

Tussen 1 januari 2007 en 31 december 2007 krijgt het Antigifcentrum 180 oproepen die beantwoorden aan de bovenstaande criteria. Dat is ongeveer 1% van het totaal aantal Nederlandstalige oproepen (n = 18.826) in 2007. Daarin zitten ook de oproepen vervat voor blootstelling aan medicatie, aan cosmetica op basis van alcohol, huishoudmiddelen, alcohol en tabak.
Kijken we enkel naar de illegale middelen dan zijn er in 2007 84 oproepen voor volwassenen waarbij slechts één middel wordt geregistreerd (tabel 62). In de meeste gevallen gaat het om een oproep in verband met blootstelling aan cannabis of XTC. Op de derde plaats volgen oproepen over GHB-blootstelling. In 1 op 10 oproepen is sprake van blootstelling aan amfetamines of vluchtige snuifmiddelen.

Tabel 62 – Aantal Nederlandstalige oproepen voor volwassenen bij het Antigifcentrum waarbij sprake is van blootstelling aan illegale drugs, 2007

Betrokken substanties voor oproepen voor volwassenen met slechts één middel	Aantal oproepen	% oproepen
Cannabis	13	15,5
XTC	13	15,5
GHB	12	14,3
Amfetamine, speed	8	9,5
Vluchtige snuifmiddelen en poppers	8	9,5
Hallucinogene paddenstoelen	6	7,1
Cocaïne	5	6,0
Ketamine	4	4,8
LSD	4	4,8
Heroïne	2	2,4
Andere, niet gepreciseerd	9	10,7
Totaal	**84**	**100,0**

Bron: Antigifcentrum, 2008

Voor 55 oproepen voor volwassenen zijn op het registratieformulier verschillende middelen aangeduid (tabel 63). Ook dan is cannabis het meest betrokken

middel. Bij de blootstelling aan verschillende middelen komt echter ook vaak cocaïne ter sprake.

Tabel 63 – Aantal keer dat een illegaal middel genoemd wordt bij Nederlandstalige oproepen voor volwassenen bij het Antigifcentrum waarbij sprake is van blootstelling aan meerdere illegale drugs, 2007

Betrokken substanties voor oproepen voor volwassenen met blootstelling aan meerderde middelen	Aantal keer dat het middel voorkomt	% dat het middel voorkomt
Cannabis	15	27,3
Cocaïne	8	14,5
Amfetamine, speed	8	14,5
XTC	4	7,3
Heroïne	3	5,5
LSD	2	3,6
Andere hallucinogenen	2	3,6
Buprenorphine	1	1,8
GHB	1	1,8
Andere, niet gepreciseerd	11	20,0
Totaal	**55**	**100,0**

Bron: Antigifcentrum, 2008

In 2007 krijgt het Antigifcentrum 5 oproepen in verband met blootstelling aan illegale middelen voor kinderen jonger dan 15 jaar en 15 oproepen voor dieren (tabel 64).

Tabel 64 – Aantal Nederlandstalige oproepen voor kinderen en voor dieren bij het Antigifcentrum waarbij sprake is van blootstelling aan illegale drugs, 2007[144]

Betrokken substanties voor oproepen voor kinderen	Aantal oproepen
XTC	2
Cannabis	1
Vluchtige snuifmiddelen en poppers	1
Andere, niet gepreciseerd	1
Totaal	**5**
Betrokken substanties voor oproepen voor dieren	**Aantal oproepen**
Cannabis	9
Cocaïne	2
XTC	2
Heroïne	1
Andere, niet gepreciseerd	1
Totaal	**15**

Bron: Antigifcentrum, 2008

144 Gezien de kleine aantallen kunnen voor deze tabel geen percentages gegeven worden.

In totaal registreert het Antigifcentrum in 2007 14 oproepen voor methadon. 5 keer gaat het om een accidentele blootstelling (4 keer bij een jong kind), 3 keer betreft het een zelfmoordpoging, 3 keer gaat de oproep over toxicomanie en in 3 gevallen gaat het om een therapeutische vergissing.
Bij 8 oproepen wordt in 2007 buprenorphine als middel genoteerd: 4 wegens nevenwerkingen, 3 accidentele blootstellingen en 1 zelfmoordpoging.

7.3 Behandeling door de huisarts

Over de mate waarin beroep gedaan wordt op de huisarts omwille van problemen met het gebruik van illegale drugs zijn geen gegevens voorhanden. Er is geen centraal registratiesysteem waarin de huisarts activiteiten registreert. Het WIV peilt geregeld naar de aanpak en opvolging van een aantal gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk via de huisartsenpeilpraktijken. In 1984 wordt in dit netwerk de vraag naar hulp in verband met gebruik van illegale drugs nagegaan maar sindsdien is dit thema niet meer hernomen. Om een zicht te hebben op de mate waarin patiënten met drugproblemen bij de huisarts aankloppen biedt occasioneel ad hoc onderzoek een uitkomst[145].

7.4 Cliënten die illegale drugs gebruiken in de Centra Algemeen Welzijnswerk

De centra voor algemeen welzijnswerk (CAW) bieden hulp- en dienstverlening gaande van informatie en advies naar partiële of integrale (op één of alle levensdomeinen) begeleiding, al dan niet gekoppeld aan een residentiële opvang (Steunpunt algemeen welzijnswerk, 2007). Het hulpaanbod van de CAW is zeer gedifferentieerd en omvat ambulante hulpverlening, crisishulp, residentiële hulpverlening, forensisch welzijnswerk en straathoekwerk. De CAW kunnen onderverdeeld worden in een zestal groepen van autonome werksoorten: ambulant welzijnswerk[146], thuislozenzorg[147], jongerenadviescentra, justitieel welzijnswerk, diensten slachtofferhulp en hulpverlening aan seksueel delinquenten.

De CAW registreren in het cliëntregistratiesysteem Tellus de kenmerken van de cliënten die beroep doen op het algemeen welzijnswerk (Steunpunt Algemeen

[145] Op dit ogenblik is in Antwerpen een onderzoek gaande over substitutieverstrekking in de huisartspraktijk. De resultaten daarvan zijn op het moment van de eindredactie nog niet beschikbaar.
[146] Ambulant welzijnswerk: algemeen ambulant, gezins- en relatiebegeleiding, seksualiteit en geboorteregeling, ambulante crisishulp, ambulante hulp IFG, ambulante hulp voor asielzoekers, scheidingsbemiddeling, schuldbemiddeling en juridische hulpverlening, adoptiebemiddeling, bezoekruimten.
[147] Thuislozenzorg: opvangcentra, crisisopvangcentra, vluchthuizen, begeleid wonen, begeleid zelfstandig wonen voor jongeren, zorgwonen en pensionwonen.

Welzijnwerk, 2007). Voor de interpretatie van de registratiegegevens is het onderscheid tussen de kerntaken 'onthaal' en 'begeleiding' belangrijk.
Het **onthaal** omvat het eerste en de eventueel daarop volgende directe contacten tussen cliënt en hulpverlener en ook alle vormen van eerste, onmiddellijke en meestal kortdurende hulpverlening. Deze eerste kerntaak omvat informatieve vragen, adviezen, directe opvang, vraagverduidelijking en onmiddellijke hulp. Als een verdere begeleiding wordt overwogen behoort een instapgesprek eveneens tot de onthaalactiviteiten. 'Onthaal' is niet hetzelfde als de 'aanmelding'. Lang niet alle onthaalde cliënten hebben begeleiding nodig. De geboden hulp in de onthaalfase volstaat voor vele cliënten.
Er is sprake van een **begeleiding** van zodra cliënt en hulpverlener akkoord zijn over een hulpverleningsvoorstel. Het instapgesprek is het scharniermoment tussen het onthaal en de begeleiding. Het onderscheid tussen onthaal en begeleiding ligt in de overstap naar een meer systematische en doelgerichte hulpverlening op basis van een wederzijds engagement. Een begeleidingsregistratie moet altijd voorafgegaan worden door een onthaalregistratie. De registratie in begeleiding wordt opgestart na een intakeprocedure en instapgesprek waarbij besloten wordt tot een specifieke (psychosociale) begeleiding.

In het Tellus cliëntregistratiesysteem worden de kenmerken van de cliënten geregistreerd en met welke problematieken ze bij de CAW terechtkomen (Steunpunt Algemeen Welzijnwerk, 2008). Er kunnen tot vijf problematieken aangeduid worden maar er kan geen volgorde van belangrijkheid aan gegeven worden. De hoofdrubrieken die in de problematieken kunnen aangeduid worden zijn: materiële of financiële problemen, gezondheidsproblemen, psychische of persoonlijke problemen, seksualiteit en geboorte, relationele problemen, administratieve of juridische problemen, tijdsbesteding, signalen of onvrede of klachten, informatie en ten slotte andere. Onder de hoofdproblematiek 'psychische of persoonlijke problemen' bevindt zich een lijst van 'verslavingsproblemen'. Wat precies verstaan wordt onder een verslavingsprobleem wordt niet verder verduidelijkt. De registratie gebeurt bijgevolg niet op basis van een screeningsinstrument of bepaalde criteria maar op basis van wat de cliënt en de hulpverlener als voornaamste problematiek aangeven. Wanneer een verslavingsprobleem wordt aangeduid op het registratieformulier dan betekent dat wel dat er in het contact met de CAW-hulpverlener aan deze problematiek gewerkt is of dat de cliënt hiervoor is doorverwezen. Het gaat dan niet meer over middelengebruik op zich maar over problematisch gebruik. Centra zijn slechts verplicht om tot op het niveau van de hoofdrubriek de problematiek te registreren waardoor heel wat verslavingsproblemen niet terug te vinden zijn in de registratiegegevens.
Het Tellus cliëntregistratiesysteem is sinds 2002 in gebruik. In de beginperiode registreren nog niet alle centra waardoor de gegevens niet betrouwbaar zijn. 2004 is het eerste jaar waarvoor volledige data beschikbaar zijn.

De eenheid van registratie in Tellus is de cliënt (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2007). Als ook de partner of de kinderen van de oorspronkelijke cliënt, betrokken worden in de hulpverlening, gebeurt voor ieder van hen een afzonderlijke registratie.

Het aantal cliënten is niet gelijk aan het aantal fysieke personen omdat een persoon verschillende keren kan geregistreerd worden bijvoorbeeld als hij in de loop van het jaar door meerdere CAW geholpen wordt. Er komen dus dubbeltellingen in de registratiedata voor.

De verdere bespreking is gebaseerd op de Tellus registratiegegevens van cliënten die op een CAW worden onthaald of door de CAW verder begeleid worden en waarvoor er een verslavingsprobleem wordt geregistreerd. De gegevens over de onthaalvragen en de begeleidingen worden apart besproken.

Het totaal aantal cliënten dat bij de CAW wordt **onthaald** blijft sinds 2004 ongeveer gelijk en schommelt over de vier jaren rond de 111.000 (tabel 65).

Tabel 65 – Totaal aantal onthaalde cliënten en aantal onthaalde cliënten met een verslavingsprobleem geregistreerd bij de CAW in Vlaanderen, 2004-2007

	2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Totaal cliënten	111.252	100,0%	108.953	100,0%	109.447	100,0%	112.549	100,0%
waarvan cliënten met een verslavingsprobleem[148]	3.761	3,4%	3.751	3,4%	3.860	3,5%	2.954	2,6%
waarvan cannabis	65	1,7%	72	1,9%	65	1,7%	40	1,4%
waarvan cocaïne	35	0,9%	19	0,5%	70	1,8%	31	1,0%
waarvan heroïne	67	1,8%	68	1,8%	98	2,5%	109	3,7%
waarvan methadon	28	0,7%	11	0,3%	19	0,5%	19	0,6%
waarvan XTC	1	0,0%	1	0,0%	5	0,1%	2	0,1%
waarvan amfetamines	18	0,5%	8	0,2%	42	1,1%	29	1,0%
waarvan LSD	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
waarvan snuifmiddelen	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
waarvan andere drugs of niet gespecifieerde drugs	860	22,9%	779	20,8%	862	22,3%	647	21,9%

Bron: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2008

Het totaal aantal cliënten dat bij de CAW onthaald wordt en waarbij als problematiek een verslavingsprobleem wordt geregistreerd is tussen 2004 en 2007 afgenomen van 3.761 naar 2.954. In 2007 heeft 3% van de onthaalde cliënten een verslavingsprobleem. Dat is vergelijkbaar met de voorgaande jaren. Naast een middelengerelateerde problematiek (alcohol, tabak, medicatie en illegale middelen) kan het ook gaan om gokken, computerverslaving of een ander verslavingsprobleem. In de meeste gevallen wordt er niet geregistreerd op welk middel de verslaving betrekking heeft. In 2007 is heroïneverslaving de belangrij-

148 Naast een middelengerelateerde problematiek (alcohol, tabak, medicatie en illegale middelen) kan het ook gaan om gokken, computerverslaving of een ander verslavingsprobleem. Er wordt niet van alle cliënten met een verslavingsproblematiek genoteerd om welke verslavingsproblematiek het precies gaat.

ke verslavingsproblematiek (n = 109). Op de tweede plaats komt cannabisverslaving (n = 40). Vervolgens worden ook verslaving aan cocaïne (n = 31), amfetamine (n = 29) of methadon (n = 19) genoemd. In 2007 zijn er 2 cliënten geregistreerd met een verslavingsproblematiek in verband met XTC. Verslavingsproblemen in verband met LSD of snuifmiddelen komen niet in de registratiedata voor.
Tussen 2004 en 2007 is er een toename in het percentage cliënten met een verslavingsprobleem omwille van amfetamines en heroïne. Voor de andere middelen, en in het bijzonder voor cannabis, zijn er in 2007 minder onthaalde cliënten dan in 2004.

Het totaal aantal cliënten dat verdere **begeleiding** krijgt vertoont een dalende trend tussen 2004 en 2007 (tabel 66). In 2007 (n = 1.697) zijn er in vergelijking met 2004 (n = 2.162) eveneens minder cliënten met een verslavingsproblematiek in begeleiding. 5% à 6% van het aantal cliënten in begeleiding in de CAW heeft een verslavingsprobleem. Net zoals voor de cliënten op het onthaal kan het naast een middelengerelateerde problematiek (alcohol, tabak, medicatie en illegale middelen) ook gaan om gokken, computerverslaving of een ander verslavingsprobleem.

Tabel 66 – Aantal cliënten en aantal cliënten met een middelenproblematiek die in de CAW in Vlaanderen begeleid worden, 2004-2007

	2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Totaal cliënten	41.389	100,0%	38.904	100,0%	37.306	100,0%	36.713	100,0%
waarvan cliënten met een verslavingsprobleem[149]	2.162	5,2%	2.145	5,5%	2.196	5,9%	1.697	4,6%
waarvan cannabis	22	1,0%	50	2,3%	49	2,2%	42	2,5%
waarvan cocaïne	15	0,7%	13	0,6%	42	1,9%	28	1,6%
waarvan heroïne	41	1,9%	58	2,7%	74	3,4%	86	5,1%
waarvan methadon	4	0,2%	3	0,1%	5	0,2%	11	0,6%
waarvan XTC	2	0,1%	1	0,0%	3	0,1%	2	0,1%
waarvan amfetamines	8	0,4%	4	0,2%	21	1,0%	33	1,9%
waarvan LSD	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
waarvan snuifmiddelen	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
waarvan andere drugs of niet gespecificeerde drugs	394	18,2%	347	16,2%	379	17,3%	299	17,6%

Bron: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2008

Ook voor de begeleide cliënten wordt in de meeste gevallen niet geregistreerd op welk middel de verslaving betrekking heeft. Dit aantal cliënten neemt tussen

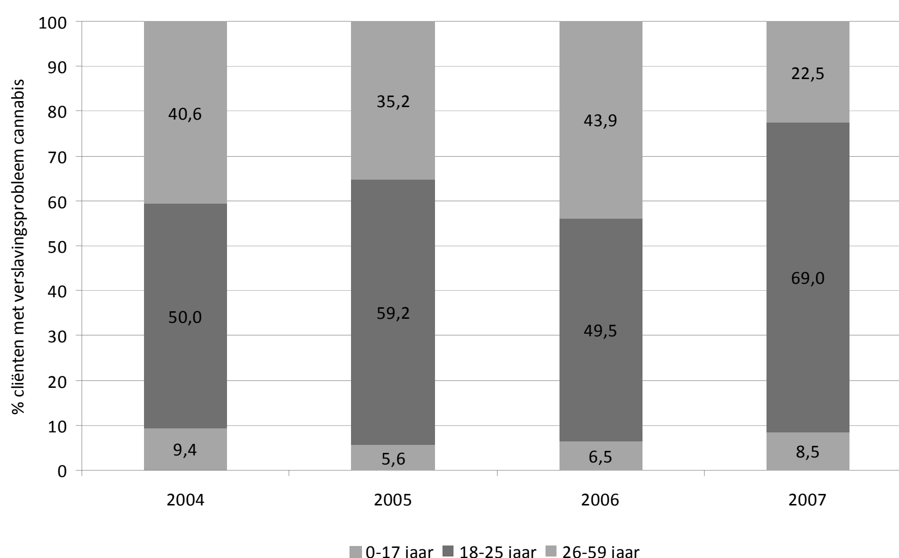
149 Naast een middelengerelateerde problematiek kan het ook gaan om gokken, computerverslaving of een ander verslavingsprobleem. Er wordt niet van alle cliënten met een verslavingsproblematiek genoteerd om welke verslavingsproblematiek het precies gaat.

2004 en 2007 wel af. Bij de cliënten voor wie het middel wél bekend is komt heroïneverslaving in 2007 het vaakst voor (n = 86), gevolgd door cannabisverslaving (n = 42), amfetamineverslaving (n = 33), cocaïneverslaving (n = 28) en methadonverslaving (n = 11). Opvallend is dat het percentage begeleide cliënten met een verslavingsprobleem aan amfetamines tussen 2004 en 2007 verviervoudigt. In 2007 zijn er drie keer zoveel begeleide cliënten die met een verslavingsprobleem in verband met methadon kampen vergeleken met 2004. Het aandeel van de begeleide cliënten waarbij cannabis, cocaïne of heroïne een rol speelt in het verslavingsprobleem verdubbelt tussen 2004 en 2007. XTC wordt bij de verslavingsproblemen evenveel genoemd in 2007 dan in 2004.

Van de cliënten met een **cannabis**verslaving die op het onthaal of bij een begeleiding geregistreerd worden kan verder gekeken worden naar de persoonlijke kenmerken. Het aantal cliënten in onthaal en begeleiding is hiervoor samengeteld.

Van de personen met de problematiek **cannabis**verslaving waarvan persoonsgebonden kenmerken worden geregistreerd (n = 72) zijn er in 2007 93% mannen en 7% vrouwen. De meesten zijn tussen 18 en 25 jaar (69%), 9% is 17 jaar of jonger en 23% is tussen 26 en 59 jaar (grafiek 48). De meesten hebben een diploma secundair onderwijs en zijn niet beroepsactief.

Grafiek 48 – Cliënten met de problematiek cannabisverslaving in onthaal of begeleiding in een CAW in Vlaanderen volgens leeftijd, 2004-2007



Bron: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2008

Tussen 2004 en 2007 blijft het percentage minderjarige cliënten met de problematiek cannabisverslaving in onthaal of begeleiding stabiel op 9% (grafiek). In 2007 is 7 op 10 van de cliënten met een problematiek cannabisverslaving 18-25

jaar oud. In 2004 is de helft van de cliënten tussen 18 en 25 jaar. Het percentage cliënten ouder dan 26 jaar neemt tussen 2004 en 2007 af van 41% naar 23%.

Van de personen met de problematiek **heroïne**verslaving waarvan persoonsgebonden kenmerken worden geregistreerd (n = 109) zijn er in 2007 92% mannen en 8% vrouwen. De meesten zijn tussen 26 en 59 jaar (78%) en 22% is tussen 18 en 25 jaar (grafiek 48). Er zijn geen minderjarigen of 60-plussers met deze problematiek. De meesten hebben een diploma secundair onderwijs en zijn niet beroepsactief.
In de periode 2004 en 2007 zijn er minder cliënten tussen 18 en 25 jaar in behandeling in de CAW voor heroïneverslaving. Het aantal cliënten in de leeftijdsgroep 26 tot 59 jaar is tussen 2004 en 2007 bijna verdubbeld.

7.5 Ambulante behandeling voor gebruik van illegale middelen in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Personen met een hulpvraag in verband met gebruik van illegale middelen kunnen voor ambulante gespecialiseerde hulp terecht in 1 van de 20 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen[150].

Tot 2002 is de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG) verantwoordelijk voor de registratie van de hulpvraag in de CGG in Vlaanderen. De hulpvraag wordt geregistreerd volgens DSM-criteria[151]. De teleenheid in de VVGG-registratie is de patiënt.
Sinds 2003 wordt de registratie van de hulpvraag in de CGG gecoördineerd door de toenmalige Vlaamse Administratie Gezondheidszorg[152]. Hiervoor is een nieuw registratieprogramma (Arcade) ontwikkeld dat niet volledig vergelijkbaar is met de VVGG-registratie. De hulpvraag wordt in Arcade eveneens geregistreerd volgens DSM-IV-criteria. In Arcade is de teleenheid echter het aantal zorgperiodes of dossiers. 99% van de zorgperiodes binnen 1 jaar staan wel voor 1 unieke cliënt.
Omwille van vergelijkbaarheid van de gegevens worden verder enkel de registratiedata vanaf 2003 besproken.

De **aanmeldingsproblematieken** bij de CGG worden niet gespecificeerd naar de aard van het middel. Er is enkel sprake van verslaving aan illegale drugs in het algemeen. De gegevens in verband met de aanmeldingen bij de CGG worden dan ook niet verder besproken.

Van de **zorgperiodes** registreren de CGG de **diagnose** middelengebonden

150 Meer informatie over de werking van de CGG is te vinden op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=44.
151 DSM-III-R tot 1996 en DSM-IV vanaf 1997.
152 Nu Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

stoornis[153] en wordt ook een onderscheid gemaakt naar de aard van het illegaal middel.
Van de 48.797 zorgperiodes[154] die in 2007 in alle CGG van Vlaanderen en Brussel zijn geregistreerd heeft 3% betrekking op een persoon waarbij de diagnose stoornis gebonden aan illegale middelen is gesteld (1.654 zorgperiodes) (tabel 15 in bijlage). Van deze 1.654 dossiers zijn er 845 in verband met stoornissen gebonden aan cannabis (51%) (grafiek 49). Op de tweede plaats worden stoornissen gebonden aan amfetamines behandeld (21%). Ongeveer evenveel zorgperiodes hebben te maken met een stoornis gebonden aan cocaïne (13%) of opiaten (12%). Voor aan hallucinogenen gebonden stoornissen of stoornissen gebonden aan fencyclidine (PCP, 'Angel dust') is telkens 1% van de zorgperiodes opgetekend.

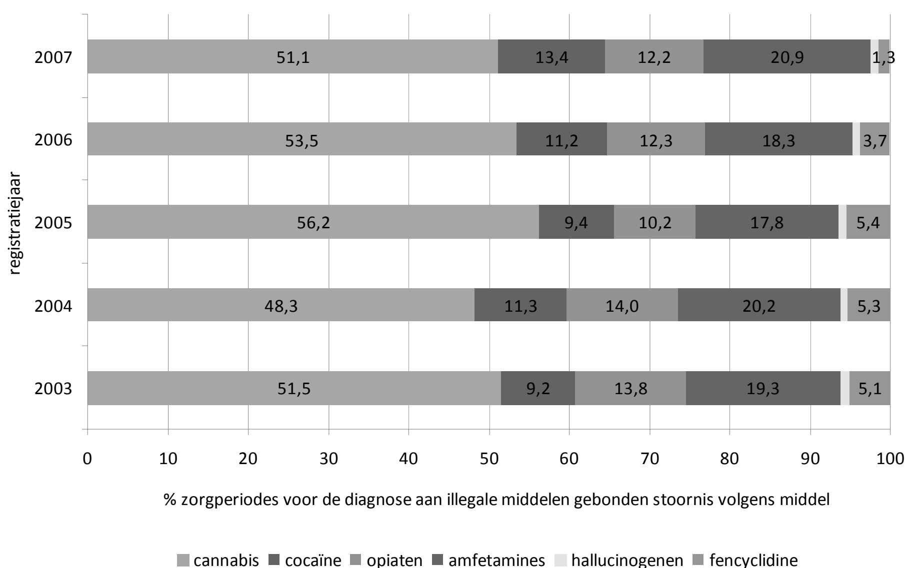
In de periode 2003-2007 blijft het aandeel van de **cannabis** gebonden stoornissen op het totaal zorgperiodes voor een stoornis gebonden aan een illegaal middel gelijk (grafiek 49). Ongeveer de helft van de zorgperiodes heeft betrekking op cannabis.
De zorgperiodes voor stoornissen in verband met **cocaïne**gebruik zijn tussen 2003 en 2007 gestegen van 9% tot 13%.
Het percentage zorgperiodes voor de diagnose stoornis gebonden aan illegale middelen waarbij **opiaten** een rol spelen, zijn tussen 2003 en 2007 iets afgenomen van 14% tot 12%.
Tussen 2003 en 2007 blijft het percentage zorgperiodes voor stoornissen gebonden aan **amfetamines** en stoornissen gebonden aan **hallucinogenen** relatief gelijk.
In 2007 zijn er in vergelijking met 2003 heel wat minder zorgperiodes voor stoornissen gebonden aan **fencyclidine** (5% versus 1%).

Bekeken op het totaal aantal zorgperiodes die in de CGG geregistreerd worden vertegenwoordigen de zorgperiodes omwille van een stoornis gebonden aan illegale drugs slechts een klein percentage (tabel 16 in bijlage). Voor cannabis gerelateerde stoornissen worden het meest zorgperiodes verricht: 1,7% van het totaal aantal zorgperiodes in 2007 betreft personen met een aan cannabis gebonden stoornis. Tussen 2003 en 2007 blijft het percentage zorgperiodes voor aan cannabis gebonden stoornissen bekeken op het totaal aantal zorgperiodes redelijk stabiel op 1,5% à 1,7%.

153 Het gaat om misbruik en afhankelijkheid maar ook om de stoornissen door een middel namelijk intoxicatie, psychotische stoornis, stemmingsstoornis, dementie, ...

154 Een zorgperiode is een dossier gekoppeld aan de behandeling van een probleem bij een persoon. De zorgperiode start bij de aanmelding en eindigt bij de administratieve afsluiting. De behandeling duurt vanaf het intakegesprek (is niet de aanmelding) tot het laatste face-to-face gesprek. Elke behandeling zit vervat in een zorgperiode. Tijdens sommige zorgperiodes was er geen behandeling omdat de zorgperiode onverwacht voortijdig is afgelopen (de persoon kwam bijvoorbeeld niet opdagen bij het intakegesprek). De diagnose wordt gesteld tijdens een van de eerste face-to-face gesprekken. De aanmeldingsreden wordt genoteerd bij de aanmelding.

Grafiek 49 – Percentage zorgperiodes in de CGG in Vlaanderen voor de DSM-IV-diagnose aan een illegaal middel gebonden stoornis volgens middel, 2003-2007



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008b

LEEFTIJD

De personen die in 2007 in een CGG in behandeling zijn voor een aan **cannabis** gebonden stoornis zijn het jongst (grafiek 50). 6 op 10 is jonger dan 25 jaar. Globaal genomen neemt de leeftijd van de cliënten die in behandeling zijn voor een aan cannabis gerelateerde stoornis over de periode 2003-2007 heen toe (geen grafiek). Het aantal zorgperiodes voor jonge cliënten (jonger dan 20 jaar) daalt. Het aantal zorgperiodes voor 20-24-jarigen blijft ongeveer gelijk. Het zijn vooral de zorgperiodes voor 25-29-jarigen die een toename over de 4 registratiejaren laten zien van 13% in 2003 tot 21% in 2007.

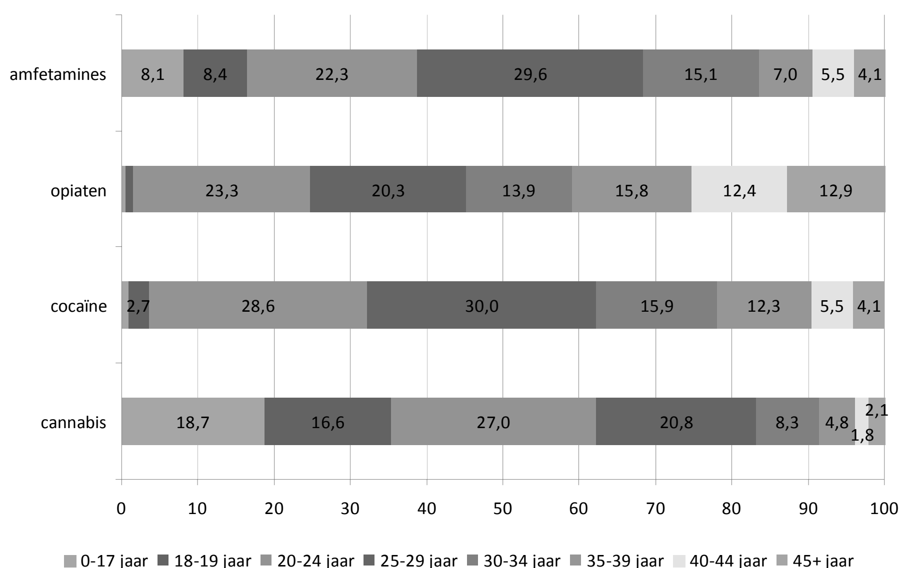
Van de cliënten die een zorgperiode doorlopen voor een aan **amfetamines** gebonden stoornis is in 2007 4 op 10 jonger dan 25 jaar. 3 op 10 zijn tussen 25 en 29 jaar oud. Globaal genomen neemt de leeftijd van de cliënten die in behandeling zijn voor een aan amfetamine gerelateerde stoornis over de periode 2003-2007 heen toe (geen grafiek). Vooral het aantal zorgperiodes voor personen tussen 20 en 24 jaar is afgenomen. In 2003 is 35% van de cliënten in behandeling voor een aan amfetamines gebonden stoornis tussen 20 en 24 jaar, in 2007 is dat nog 22%. Het aandeel van de oudere leeftijdsgroepen is toegenomen.

De gebruikers die voor stoornissen gebonden aan cocaïne of opiaten in behandeling zijn, zijn duidelijk ouder. Het grootste deel van de **cocaïne**gebruikers die in 2007 in behandeling zijn in een CGG is tussen 20 en 29 jaar (grafiek 50). Tussen 2003 en 2007 blijft het aandeel jonge cocaïnegebruikers (onder de 25

jaar) in behandeling redelijk stabiel (geen grafiek). Het percentage cliënten tussen 25 en 29 jaar stijgt van 22% naar 30% in de periode 2003-2007. Het percentage cocaïnegebruikers van 45 jaar en ouder halveert tussen 2003 en 2007 van 8% tot 4%.

Wat betreft **opiaten** is in 2007 meer dan de helft (55%) van de personen in behandeling 30 jaar of ouder (grafiek 50). Toch neemt over de periode 2003-2007 het percentage jonge opiaatgebruikers (jonger dan 25 jaar) in behandeling in de CGG van 19% naar 25% toe (geen grafiek). Het percentage oudere opiaatgebruikers tussen 30 en 44 jaar dat tussen 2003 en 2007 in de CGG in behandeling was vermindert van 56% naar 42%. De groep 45-plussers verdubbelt in de periode 2003-2007 in omvang van 6% naar 13%.

Grafiek 50 – Percentage zorgperiodes in de CGG in Vlaanderen voor de DSM-IV-diagnose aan een illegaal middel gebonden stoornis volgens middel en leeftijd, 2007[155]



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008b

SEKSE

In de CGG zijn voor de registratiejaren 2003-2007 telkens meer mannen in behandeling voor een aan **cannabis** gebonden stoornis dan vrouwen. Voor de aan cannabis gebonden stoornissen is het overwicht van mannen onder de cliënten nog meer uitgesproken dan voor illegale drugs in het algemeen. In 2007 betreft 84% van de zorgperiodes voor de aan cannabis gebonden stoornissen mannelijke cliënten. 80% van de zorgperiodes voor de aan illegale drugs gebon-

155 Voor hallucinogenen en fencyclidine zijn de aantallen te klein om een percentageverdeling van de leeftijd te geven.

den stoornissen betreft mannen.
Voor stoornissen gebonden aan **cocaïne**, **opiaten** en **hallucinogenen** zijn er ongeveer 8 op 10 mannen en 2 op 10 vrouwen in behandeling. Over de periode 2003-2007 zijn er weinig verschuivingen in deze verhouding.
Voor stoornissen gebonden aan **amfetamines** zijn er in vergelijking met cannabis, cocaïne, opiaten en hallucinogenen meer vrouwen in behandeling. 3 op 10 van de cliënten is vrouw, 7 op 10 is man.
Voor stoornissen gebonden aan **fencyclidine** is in de periode 2003-2006 6 à 7 op 10 cliënten in behandeling man. In 2007 is de man-vrouw verhouding omgekeerd: 7 op 10 vrouwen en 3 op 10 mannen zijn dan in behandeling voor een stoornis gebonden aan fencyclidine.

7.6 Opnames in ziekenhuizen omwille van gebruik illegale middelen

In de ziekenhuizen worden bij het ontslag van patiënten **minimale klinische gegevens (MKG)** geregistreerd voor alle verblijven in de **algemene ziekenhuizen** (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008a). Sinds eind 2003 worden ook alle (ambulante) spoedopnames geregistreerd. Dit wil zeggen dat er geen opname in het ziekenhuis (daghospitalisatie of klassieke hospitalisatie) volgt. De registratie van de MKG is sinds 1990 verplicht voor alle algemene ziekenhuizen (FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2008b). De MKG-registratie heeft als doelstellingen de behoefte aan ziekenhuisvoorzieningen vaststellen, kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen en hun diensten omschrijven, de financiering van de ziekenhuizen organiseren, het beleid inzake de uitoefening van de geneeskunde bepalen en een epidemiologisch beleid uitstippelen.
Bij het ontslag van de patiënt worden de hoofddiagnose geregistreerd, de nevendiagnoses die belangrijk zijn voor de zorgepisode en de belangrijkste procedures voor de zorgepisode (FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2007).
De hoofddiagnose is de diagnose die de beslissing tot hospitalisatie motiveert. Ze wordt bepaald na onderzoek of zelfs na chirurgie, op het einde van de hospitalisatie. De hoofddiagnose verschilt van de opnamediagnose, die wordt gesteld bij de aankomst van de patiënt en in de loop van de hospitalisatie kan worden verduidelijkt.
Nevendiagnoses zijn de pathologieën die naast elkaar bestaan op het ogenblik van de opname of die verschijnen tijdens het verblijf en die de verleende zorgen aan de patiënt beïnvloeden tijdens deze zorgepisode.
Het brondocument voor het coderen van diagnoses en procedures is het dossier van de patiënt, dat bestaat uit het medisch dossier en het verpleegkundig dossier.

De codering van de aandoeningen in de MKG gebeurt op basis van de 'Interna-

tional Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)' en is gebaseerd op de negende herziening van de 'Manual of the International Classification of Diseases' van de WGO. De letters CM staan voor 'Clinical Modification', wat aangeeft dat deze classificatie vooral bedoeld is voor gebruik in ziekenhuizen (ziekenhuismorbiditeit).
De ICD-9-CM classificatie bevat ook codes voor mentale aandoeningen (zoals misbruik en afhankelijkheid van middelen) die in grote lijnen overeenkomen met de DSM-IV terminologie. Voor de codering van de hoofddiagnose voor patiënten met een afhankelijkheid of misbruik van middelen zijn in het codeerhandboek voor de ICD-9-CM specifieke richtlijnen opgenomen.

Het registreren van de **minimale psychiatrische gegevens (MPG)** is verplicht in alle Belgische **psychiatrische ziekenhuizen** (PZ) en **psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen** (PAAZ) sinds 1 juli 1996 en in de initiatieven beschut wonen (IBW) en de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) sinds 1 september 1998.
De doelstelling van het registreren van de minimale psychiatrische gegevens (MPG)[156] is het gezondheidsbeleid te ondersteunen voor wat betreft de vaststelling van de behoeften aan psychiatrische voorzieningen; de omschrijving van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen van de psychiatrische ziekenhuizen en -diensten, de PVT en de IBW; de organisatie van de financiering van de PZ en PAAZ-diensten, de PVT en de IBW met inbegrip van de controle op het goed gebruik van de overheidsmiddelen; het uitstippelen van een beleid op basis van epidemiologische gegevens (Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2008c).
Van de patiënten in PZ, PAAZ, IBW en PVT worden gegevens genoteerd bij de aanvang van de medisch-psychiatrische behandeling, bij elke afzonderlijke periode van de behandeling en bij het afsluiten van de behandeling. De geregistreerde gegevens omvatten ondermeer de socio-economische kenmerken van de patiënt, de diagnose en problemen bij opname, de behandelingsgegevens, de diagnose en overblijvende problemen bij ontslag.
De laatste gegevens van de MKG en de MPG die op het moment van de eindredactie voorhanden zijn, dateren van 2006.

7.6.1 Opnames op de spoedgevallendienst van het universitair ziekenhuis van Gent

Op de spoedgevallendienst van het universitair ziekenhuis van Gent zijn in september 2003 alle patiënten geregistreerd (Calle e.a., 2006). De onderzoekers willen daarmee nagaan hoe frequent alcoholmisbruik en gebruik van illegale drugs bijdragen tot spoedopnamen, de kenmerken van deze patiënten beschrijven en vaststellen hoe frequent deze patiënten verwezen worden naar een psychiatrische dienst. De registratie is eenmalig en gebeurt met een gestandaar-

156 De doelstellingen zijn omschreven in de KB's van 1/10/2002 (PZ & PAAZ) en 20/09/1998 (IBW & PVT).

diseerd formulier.
Bij 198 personen (10%) van de 1.933 patiënten is middelengebruik de reden om op de spoedopname beroep te doen. 182 personen hebben zelf alcohol of illegale drugs gebruikt. 16 personen hebben zelf alcohol of illegale drugs gebruikt en zijn tevens het slachtoffer van een andere persoon onder invloed. Deze groep van 198 personen is gedefinieerd als de intox-groep. 12 personen zijn het slachtoffer van iemand die onder invloed was, maar zijn zelf niet geïntoxiceerd.
26 patiënten gebruiken enkel illegale drugs (Calle e.a., 2006). Het gaat om 13% van de patiënten waarbij de spoedopname gerelateerd was aan middelengebruik. 2 patiënten gebruiken enkel **cannabis**, 2 enkel **opiaten**, 3 enkel **amfetamines**, 1 enkel **cocaïne** en 18 een **combinatie** van illegale middelen. In deze groep zijn overwegend mannen geteld (23 mannen en 3 vrouwen). De meesten zijn tussen 21 en 30 jaar oud. Het probleem dat het vaakst leidt tot spoedopname is een psychiatrische problematiek en dan vooral psychosociale problemen.
28 patiënten (14%) combineren alcoholgebruik met illegale drugs zoals cannabis, cocaïne of opiaten. Dit is vastgesteld bij 24 mannen en 4 vrouwen. De meeste van deze patiënten zijn tussen 21 en 30 jaar oud. Ook bij hen ligt vooral een psychiatrische problematiek (psychosociale problemen) aan de basis van de spoedopname.

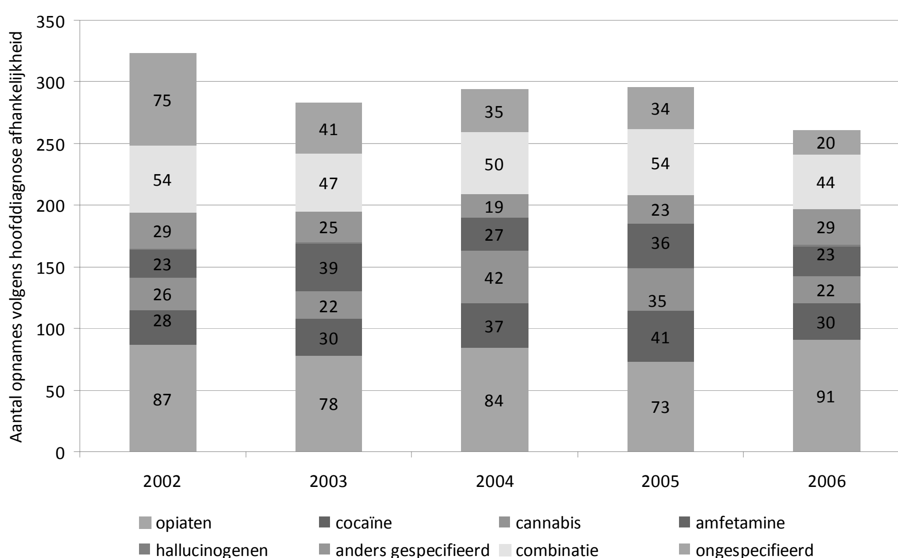
7.6.2 Opnames in algemene ziekenhuizen via de spoedopnamedienst

Voor alle Vlaamse ziekenhuizen en alle Vlaamse residenten in Brusselse en Waalse ziekenhuizen zijn uit de MKG het aantal opnames in algemene ziekenhuizen geselecteerd die via de spoeddienst zijn aangemeld en die als **hoofddiagnose misbruik of afhankelijkheid** aan illegale middelen gecodeerd krijgen (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009b). Het gaat dus uiteindelijk om opnames via de spoeddiensten die resulteren in een klassieke of daghospitalisatie.
Sinds oktober 2003 worden in de MKG ook de ambulante spoedopnames geregistreerd, dit wil zeggen de opnames op de spoeddienst zonder dat er een regulier verblijf in het ziekenhuis op volgt. Voor deze opnames wordt echter geen ICD-9-code gegeven voor de hoofddiagnose.
Het exacte aantal opnames gerelateerd aan middelengebruik in algemene ziekenhuizen via de spoeddiensten kan niet gegeven worden. De beschikbare cijfers op basis van de MKG onderschatten de problematiek. Van de ambulante spoedopnames, die vanaf oktober 2003 worden geregistreerd, zijn immers geen hoofddiagnoses bekend. Voor oktober 2003 worden enkel de spoedopnames die resulteren in een opname in het ziekenhuis opgetekend. Daarnaast zal middelengebruik vaak niet de hoofdoorzaak van de opname zijn (maar bijvoorbeeld wel snijwonde als gevolg van een gevecht onder invloed van alcohol). Misbruik en afhankelijkheid komen zelden als hoofddiagnose voor. Vaak zal eerst de fysieke aandoening gecodeerd worden en pas dan misbruik of afhankelijkheid. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld wordt opgenomen met de diagnose van een

middelengerelateerde psychose, dan wordt de psychose eerst gecodeerd, gevolgd door de code voor afhankelijkheid of misbruik van alcohol of drugs (Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2007). Als de patiënt wordt opgenomen met detoxificatie en/of revalidatie van alcohol of drugs als doel en wanneer er geen aanwijzingen zijn van ontwenningsverschijnselen of andere psychotische symptomen, dan wordt afhankelijkheid of misbruik van alcohol of drugs als hoofddiagnose aangeduid.

In 2006 zijn in Vlaanderen 261 opnames gebeurd via de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen waarbij als hoofddiagnose **afhankelijkheid** wordt geregistreerd (grafiek 51)[157]. Tegenover 2002 is dat een daling van 19%. Meestal gaat het om afhankelijkheid aan **opiaten** (34% van de opnames in 2006 waarbij als hoofddiagnose afhankelijkheid wordt geregistreerd). Vaak wordt het middel **niet of anders gespecificeerd of gaat het om een combinatie** van middelen (34% van de opnames in 2006 waarbij als hoofddiagnose afhankelijkheid wordt geregistreerd). In 12% van de opnames waarbij als hoofddiagnose afhankelijkheid wordt geregistreerd wordt **cocaïne**afhankelijkheid gecodeerd. **Amfetamine**afhankelijkheid en **cannabis**afhankelijkheid komen bijna evenveel voor (respectievelijk 9% en 8% van de opnames in 2006 waarbij als hoofddiagnose afhankelijkheid wordt geregistreerd). Afhankelijkheid van hallucinogenen komt nagenoeg niet als hoofddiagnose voor.

Grafiek 51 – Evolutie van het aantal opnames via spoedopname in algemene ziekenhuizen in Vlaanderen voor de hoofddiagnose afhankelijkheid, 2002-2006

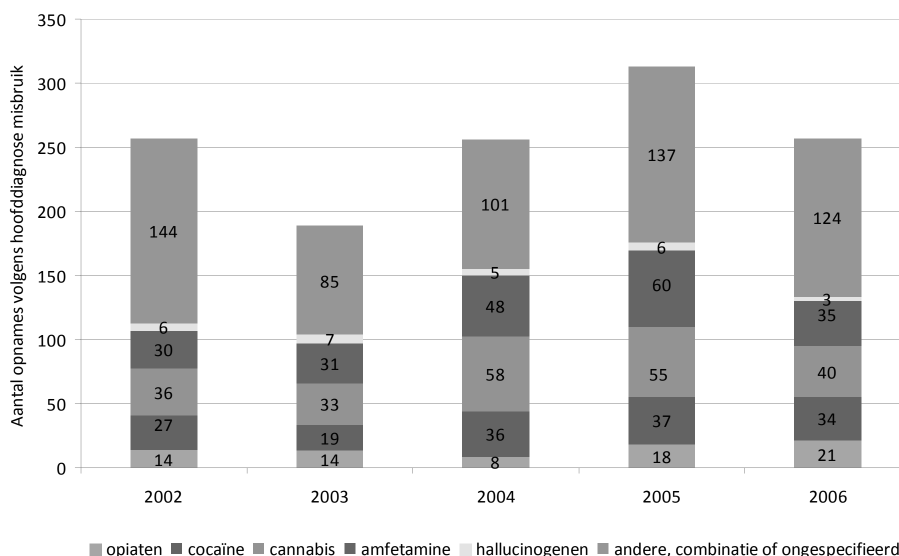


Bron: Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid, 2009a

157 Zie bijlage voor de volledige lijst van de druggerelateerde diagnoses die voor de MKG dataselectie is gebruikt.

In 2006 zijn er in Vlaanderen 257 opnames via de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen gebeurd, waarbij als hoofddiagnose **misbruik** wordt geregistreerd (grafiek 52). Tegenover 2002 blijft het aantal hetzelfde. In bijna de helft van de gevallen gaat het om misbruik van een combinatie van middelen, een ander middel of is het middel niet gespecificeerd. In 16% van de gevallen gaat het om misbruik van **cannabis**. Bij 14% van de opnames waarbij misbruik als hoofddiagnose wordt genoteerd is de diagnose **amfetaminemisbruik,** bij 13% **cocaïne**misbruik. Misbruik van **opiaten** wordt in mindere mate als hoofddiagnose opgegeven (8% van de opnames in 2006 waarbij als hoofddiagnose misbruik wordt geregistreerd). Misbruik van hallucinogenen komt nagenoeg niet als hoofddiagnose voor.

Grafiek 52 – Evolutie van het aantal opnames via spoedopname in algemene ziekenhuizen in Vlaanderen voor de hoofddiagnose misbruik, 2002-2006

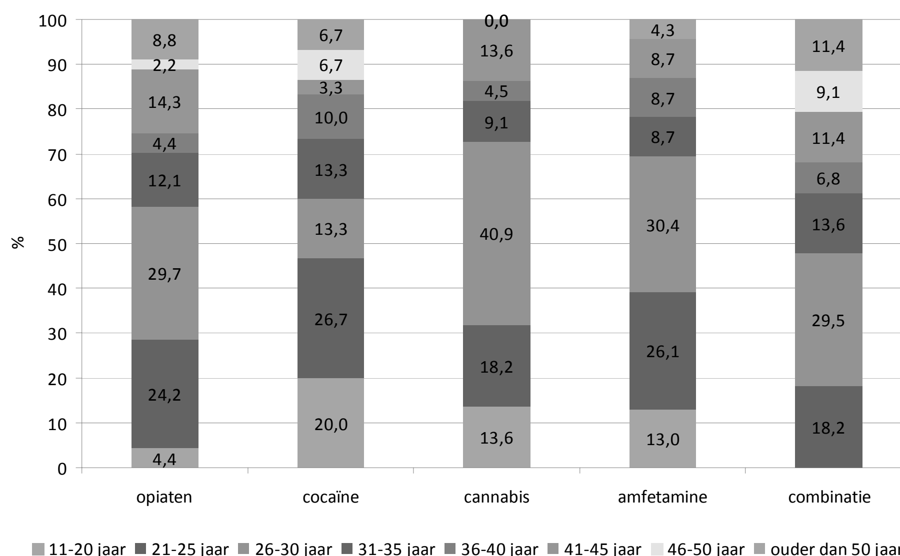


Bron: Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid, 2009a

LEEFTIJD

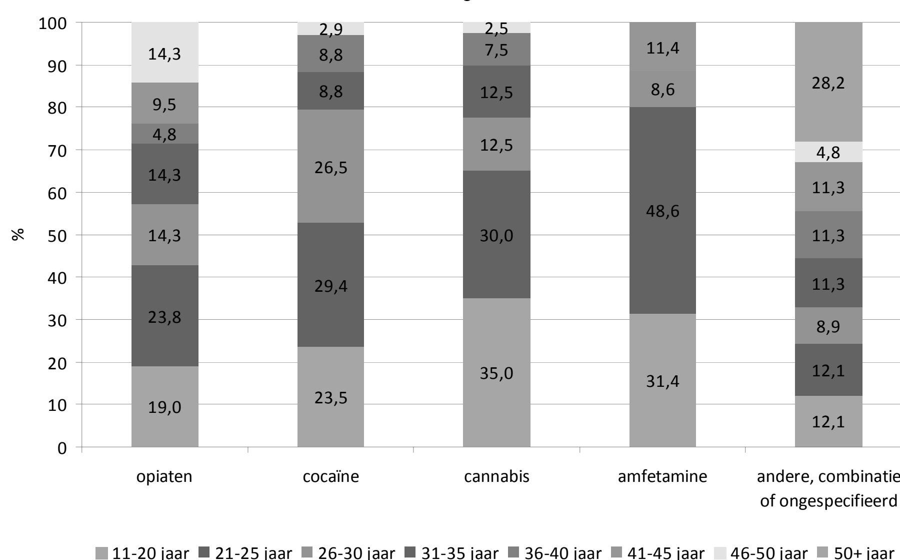
De leeftijdsverdeling van de patiënten die omwille van de hoofddiagnose **afhankelijkheid** via de spoeddienst in een algemeen ziekenhuis worden opgenomen, verschilt naargelang het middel (grafiek 53). De grootste groep is tussen 21 en 30 jaar. Voor cannabis- of amfetamineafhankelijkheid is 7 op 10 van de patiënten 30 jaar of jonger. Patiënten waar als hoofddiagnose afhankelijkheid aan een combinatie van middelen wordt aangeduid zijn ouder. In 2006 is 4 op 10 36 jaar of ouder.

Grafiek 53 – Leeftijdsverdeling van opnames via spoedopname in algemene ziekenhuizen in Vlaanderen voor de hoofddiagnose afhankelijkheid, 2006[158]



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid, 2009a

Grafiek 54 – Leeftijdsverdeling van opnames via spoedopname in algemene ziekenhuizen in Vlaanderen voor de hoofddiagnose misbruik, 2006[159]



Bron: Vlaams Agentschap Zorg en gezondheid, 2009a

158 Omwille van de kleine aantallen zijn de data voor afhankelijkheid aan hallucinogenen niet vermeld.

159 Omwille van de kleine aantallen zijn de data voor misbruik van hallucinogenen niet vermeld.

De leeftijdsverdeling van de patiënten die omwille van de hoofddiagnose **misbruik** via de spoeddiensten in een algemeen ziekenhuis worden opgenomen, verschilt eveneens naargelang het middel (grafiek 54). Patiënten opgenomen voor de hoofddiagnose **amfetamine**misbruik zijn het jongst: 80% is 25 jaar of jonger. 65% van de patiënten opgenomen voor de hoofddiagnose **cannabis**-misbruik is 25 jaar of jonger. Patiënten opgenomen voor de hoofddiagnose misbruik van opiaten zijn doorgaans ouder: 24% is ouder dan 40 jaar. Van de patiënten die zijn opgenomen voor **cocaïne**misbruik is een derde tussen 26 en 35 jaar. Van de patiënten waarbij het gaat om misbruik van een **combinatie** van middelen, een ander middel of een ongespecificeerd middel is 28% ouder dan 50 jaar.

7.6.3 Opnames in algemene ziekenhuizen omwille van illegaledruggebruik

De federale overheidsdienst volksgezondheid brengt de minimale klinische gegevens samen. Deze MKG geven een zicht op het aantal opnames in algemene ziekenhuizen omwille van druggerelateerde hoofd- en nevendiagnoses[160] (Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009a). De data hieronder zijn afkomstig van de klassieke hospitalisaties en de daghospitalisaties in heel België[161]. De ambulante opnames via de spoeddiensten zijn niet meegerekend.

AANTAL OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN VOLGENS HOOFDDIAGNOSE

Misbruik van een middel wordt minder vaak als een hoofddiagnose aangeduid dan afhankelijkheid. In 2006 krijgen in totaal 610 ziekenhuisopnames in België de **hoofddiagnose drugsmisbruik** mee (tabel 17 in bijlage). Dat betekent 0,2 op 1.000 ziekenhuisopnames[162]. In ongeveer de helft van de ziekenhuisopnames (49%) met als hoofddiagnose drugsmisbruik wordt niet geregistreerd om welk specifiek middel het gaat of gaat het om een combinatie van verschillende middelen (grafiek 55). Vervolgens komen opiaatmisbruik (14%), cocaïnemisbruik (13%) en cannabismisbruik (12%) het vaakst voor. 11% van de ziekenhuisopnamen betreft misbruik van amfetamines. Misbruik van hallucinogenen komt weinig voor.

Bekeken op het totaal aantal ziekenhuisopnames voor middelenmisbruik zijn vooral de ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose **cocaïne**misbruik tussen 1999 en 2006 gestegen van 5% naar 13% (grafiek 55). Ook het aantal ziekenhuisopnames voor misbruik van **cannabis** en amfetamines neemt over de hele

---

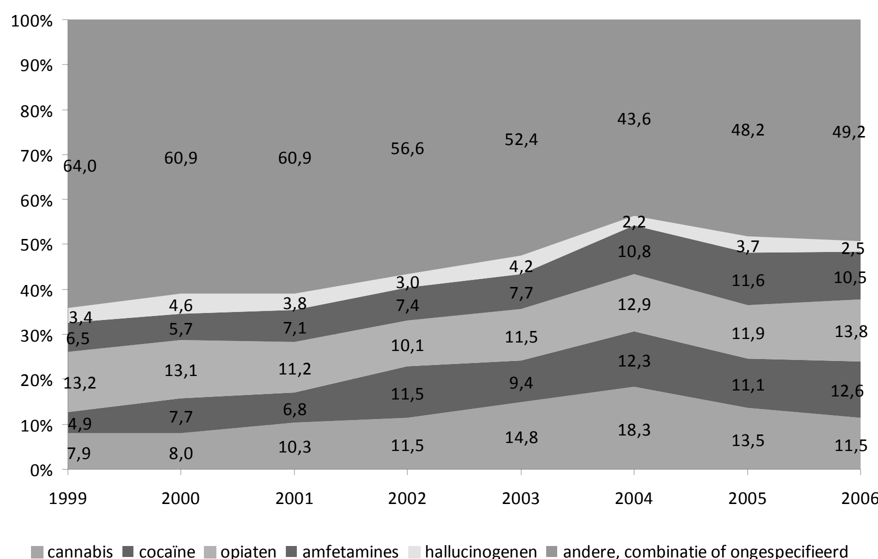
[160] De volledige lijst van de druggerelateerde diagnoses die voor de selectie van de MKG data werd gebruikt is opgenomen in bijlage 3.

[161] In het aangeleverde databestand wordt voor de MKG diagnoses die minder dan 5 keer voorkomen, geen precies aantal gegeven. Om toch een exactere inschatting te krijgen van het aantal diagnoses is aan de diagnoses die minder dan 5 keer voorkomen een gemiddelde waarde van 3 toegekend. Het aantal diagnoses voor middelenmisbruik- en afhankelijkheid op basis van de MKG is bijgevolg niet exact.

[162] In 2006 zijn er in totaal 3.218.744 opnames geregistreerd in de MKG.

periode 1999-2006 toe. Wat betreft cannabismisbruik doet zich vooral een stijging voor tot het jaar 2004. Nadien daalt het aandeel ziekenhuisopnames voor cannabismisbruik. Voor **opiaat**misbruik blijft het aandeel van ziekenhuisopnames ongeveer gelijk over de periode 1999 tot 2006.

Grafiek 55 – Percentage ziekenhuisopnames in België volgens hoofddiagnose middelenmisbruik, 1999-2006



Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009a

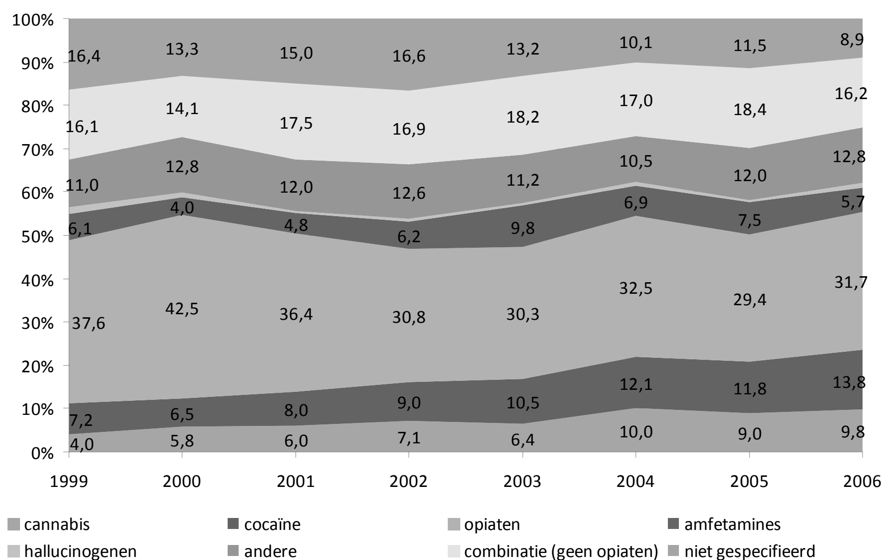
In 2006 wordt voor in totaal 807 ziekenhuisopnames in België de **hoofddiagnose afhankelijkheid** aan drugs geregistreerd (tabel 17 in bijlage). Dat is 0,3 op 1.000 ziekenhuisopnames[163]. In 32% van de gevallen betreft het afhankelijkheid van opiaten (grafiek 56). Vaak gaat het echter om afhankelijkheid aan een combinatie van middelen of wordt geen middel geregistreerd. In 2006 heeft 14% van de ziekenhuisopnames omwille van de hoofddiagnose drugafhankelijkheid te maken met cocaïneafhankelijkheid, 10% met cannabisafhankelijkheid en 6% met amfetamineafhankelijkheid. Afhankelijkheid van hallucinogenen komt zo goed als niet voor.

Bekeken op het totaal aantal ziekenhuisopnames voor afhankelijkheid aan drugs zijn de ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose **cannabis**afhankelijkheid tussen 1999 en 2006 gestegen van 4% naar 10% (grafiek 56). Ook het aantal ziekenhuisopnames voor **cocaïne**afhankelijkheid is toegenomen in de periode 1999 (7%) van 2006 (14%). Het aandeel van ziekenhuisopnames voor **opiaat- of amfetamine**afhankelijkheid blijft over de jaren heen stabiel.

---

163 In 2006 zijn er in totaal 3.218.744 opnames geregistreerd in de MKG.

Grafiek 56 – Percentage ziekenhuisopnames in België volgens hoofddiagnose middelenafhankelijkheid, 1999-2006



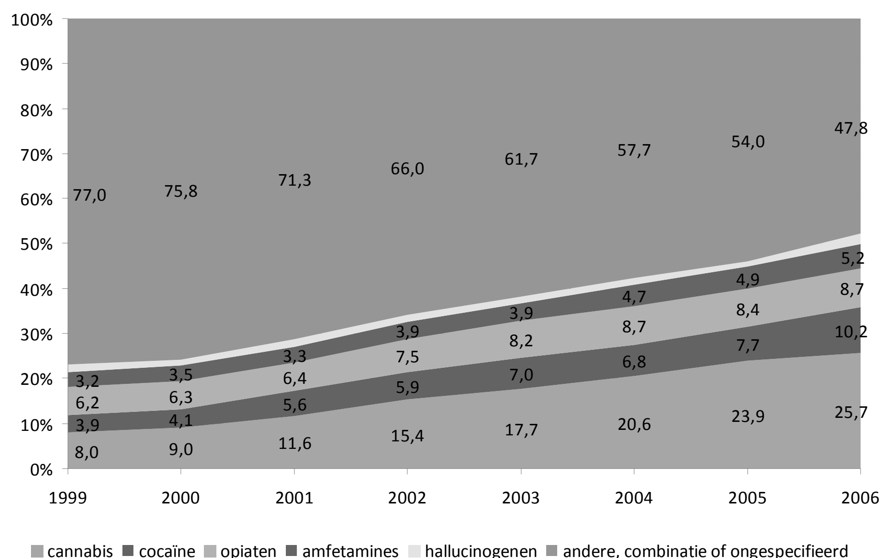
Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009a

AANTAL OPNAMES IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN VOLGENS NEVENDIAGNOSE

Bij de nevendiagnoses komt afhankelijkheid van een middel eveneens vaker voor dan misbruik. In 2006 krijgen in totaal 4.534 ziekenhuisopnames de **nevendiagnose drugsmisbruik** mee (tabel 18 in bijlage). Dat is 1,4 op 1.000 ziekenhuisopnames[164]. Bij 48% van de ziekenhuisopnames met als nevendiagnose drugsmisbruik wordt niet geregistreerd om welk specifiek middel het gaat of gaat het om een combinatie van verschillende middelen (grafiek 57). Vervolgens komt cannabismisbruik (26%) het vaakst voor. Cocaïnemisbruik komt in 10% van de ziekenhuisopnamen met als nevendiagnose drugsmisbruik voor, misbruik van opiaten in 9% en amfetaminemisbruik in 5% van de ziekenhuisopnamen. Misbruik van hallucinogenen komt zeer weinig voor.
Bekeken op het totaal aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose middelenmisbruik zijn vooral de ziekenhuisopnames met als nevendiagnose **cannabis**misbruik tussen 1999 en 2006 gestegen van 8% naar 26% (grafiek 57). Ook voor de andere middelen stijgt het percentage nevendiagnoses voor misbruik, zij het minder sterk.

164 In 2006 zijn er in totaal 3.218.744 opnames geregistreerd in de MKG.

Grafiek 57 – Percentage ziekenhuisopnames in België volgens nevendiagnose middelenmisbruik, 1999-2006



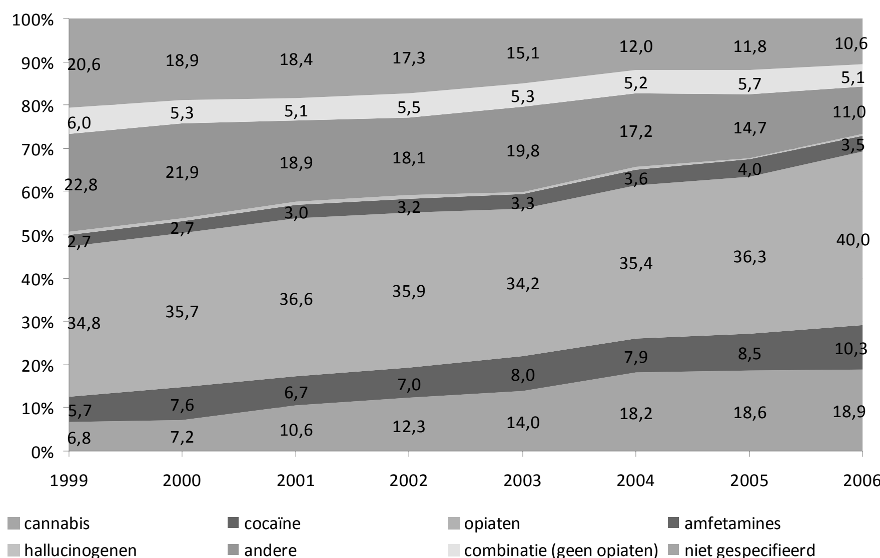
Bron: FOD veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009a

In 2006 wordt voor in totaal 7.567 ziekenhuisopnames de **nevendiagnose afhankelijkheid** aan drugs geregistreerd (tabel 18 in bijlage). Dat is 2,4 op 1.000 ziekenhuisopnames[165]. In 40% van de gevallen betreft het afhankelijkheid van opiaten, bij 19% gaat het om cannabisafhankelijkheid. In 2006 heeft 10% van de ziekenhuisopnames omwille van de nevendiagnose drugafhankelijkheid te maken met cocaïneafhankelijkheid, 4% met amfetamineafhankelijkheid. Afhankelijkheid van hallucinogenen komt zo goed als niet voor.

Bekeken op het totaal aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose afhankelijkheid aan drugs zijn de ziekenhuisopnames met als nevendiagnose **cannabis**afhankelijkheid het felst gestegen tussen 1999 en 2006 namelijk van 7% naar 19% (grafiek 58). In het aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose **cocaïne**afhankelijkheid is eveneens een stijgende tendens te merken. In 1999 wordt voor 6% van de opnames in verband met middelenafhankelijkheid cocaïneafhankelijkheid als nevendiagnose aangeduid, in 2006 is dat 10%. Ook het aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose **opiaat**afhankelijkheid neemt over de jaren heen toe. Er zijn niet zo veel ziekenhuisopnames waar de nevendiagnose **amfetamine**afhankelijkheid wordt gesteld maar de tendens is over de jaren heen ook eerder stijgend.

165 In 2006 zijn er in totaal 3.218.744 opnames geregistreerd in de MKG.

Grafiek 58 – Percentage ziekenhuisopnames in België volgens nevendiagnose middelenafhankelijkheid, 1999-2006



Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009a

AANTAL GEREGISTREERDE PROCEDURES

In de MKG kunnen ook de gevolgde procedures geregistreerd worden voor patiënten waarbij misbruik of afhankelijkheid als hoofddiagnose werd gegeven. Relevant voor middelengebruik zijn revalidatie en detoxificatie.
Het aantal geregistreerde procedures is tussen 1999 en 2006 gestegen van 415 naar 1.013 (tabel 67)[166]. Meestal gaat het om detoxificatie of om de combinatie revalidatie en detoxificatie.

Tabel 67 – Gevolgde procedures bij ziekenhuisopnames voor misbruik en afhankelijkheid van illegale middelen in België, 1999-2006

	ICD9code	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Revalidatie	94.64	27	5	11	22	27	39	54	64
Detoxificatie	94.65	237	242	292	278	309	367	441	488
Revalidatie + detoxificatie	94.66	105	86	51	87	172	203	181	229
Revalidatie alcohol en drugs	94.67	0	5	0	0	7	10	19	6
Detoxificatie alcohol en drugs	94.68	28	32	86	88	95	101	118	144
Revalidatie + detoxificatie alcohol en drugs	94.69	18	17	16	26	65	97	115	82
Totaal		**415**	**387**	**456**	**501**	**675**	**817**	**928**	**1.013**

Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009a

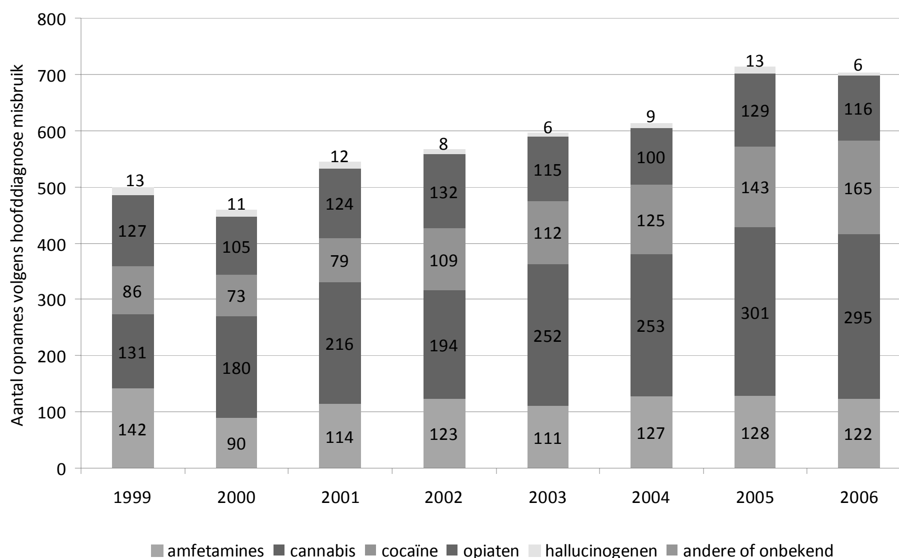
166 Ook voor de procedures worden de procedures die minder dan 5 keer voorkomen niet geteld. De cijfers zijn bijgevolg een onderschatting.

7.6.4 Psychiatrische opnames omwille van illegaal druggebruik

In 2006 zijn in België 121.983 psychiatrische opnames geregistreerd. Daarvan hebben 6.058 opnames betrekking op de hoofddiagnose drugsmisbruik of -afhankelijkheid (5%) en 1.478 opnames hebben betrekking op druggeïnduceerde stoornis[167] (1%). Daarbij is het middel niet gespecificeerd. Voor de hoofddiagnose misbruik en afhankelijkheid kan wel het middel nagegaan worden.
Afhankelijkheid van een middel wordt in psychiatrische ziekenhuizen vaker als hoofddiagnose aangeduid dan misbruik (grafiek 59).
In 2006 zijn er 295 psychiatrische opnames voor **misbruik** van cannabis (grafiek 59). Op de tweede plaats komen opnames voor misbruik van cocaïne, waarvoor in 2006 165 opnames geregistreerd zijn. In 2006 zijn er bijna evenveel psychiatrische opnames voor misbruik van opiaten (n = 116) en misbruik van amfetamines (n = 122). Misbruik van hallucinogenen komt zeer weinig voor.

In de periode 1999-2006 is het aantal opnames voor cannabismisbruik meer dan verdubbeld (grafiek 59). Het aantal psychiatrische opnames voor cocaïnemisbruik is tussen 1999 en 2006 met 91% gestegen. In 2006 zijn er in vergelijking met 1999 minder opnames voor misbruik van amfetamines (–14%) en opiaten (–9%).

Grafiek 59 – Aantal patiënten met hoofddiagnose drugsmisbruik bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en middel, 1999-2006



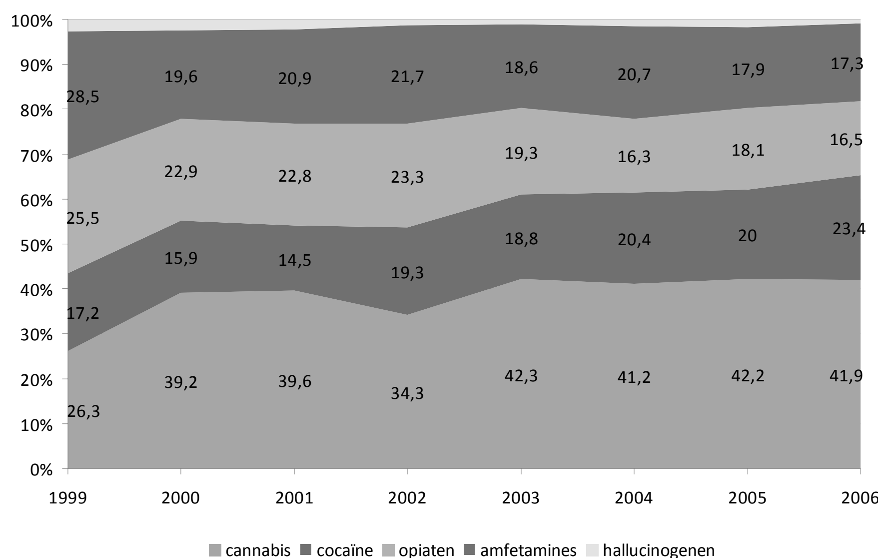
Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

167 Dit wil zeggen: intoxicatie, onthouding, delirium door intoxicatie, delirium door onthouding, druggeïnduceerde dementie, druggeïnduceerde geheugenstoornissen, psychotische stoornis met wanen, psychotische stoornis met hallucinaties, druggeïnduceerde stemmings-, angst- of slaapstoornissen, seksuele disfunctie door drugs en andere aan drugs gebonden stoornissen.

Grafiek 60 toont het relatief belang van het aantal psychiatrische opnames voor misbruik van een bepaald middel ten opzichte van de andere middelen. In 2006 heeft 42% van de opnames voor middelenmisbruik waarbij het middel gespecificeerd wordt te maken met misbruik van cannabis. Een kwart van de opnames (23%) betreft misbruik van cocaïne. Op een gedeelde derde plaats komen opnames voor misbruik van opiaten of amfetamines (beiden 17%). Misbruik van hallucinogenen komt zeer weinig voor (1%).

Het relatief belang van opnames voor cannabismisbruik is tussen 1999 en 2006 gestegen van 26% naar 42% (grafiek 60). Ook het percentage opnames voor de hoofddiagnose cocaïnemisbruik is tussen 1999 en 2006 gestegen zij het minder sterk van 17% naar 24%. Tussen 1999 en 2006 is het aandeel opnames voor misbruik van opiaten of amfetamines verminderd.

Grafiek 60 – Percentage patiënten met hoofddiagnose drugsmisbruik bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en middel, 1999-2006

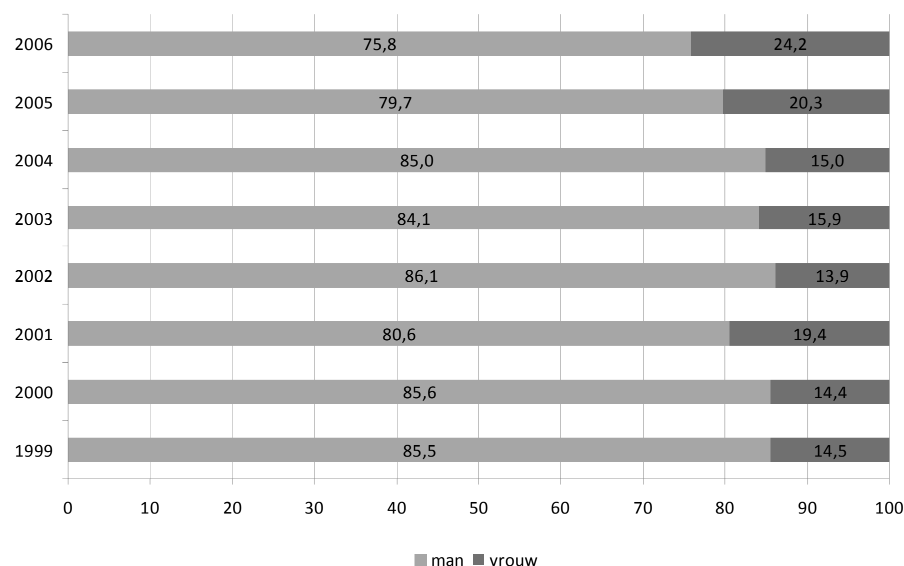


Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

In 2006 zijn 76% mannen en 24% vrouwen opgenomen voor cannabismisbruik (grafiek 61). In de periode 1999-2006 is het percentage vrouwen opgenomen voor cannabismisbruik met 10% toegenomen.

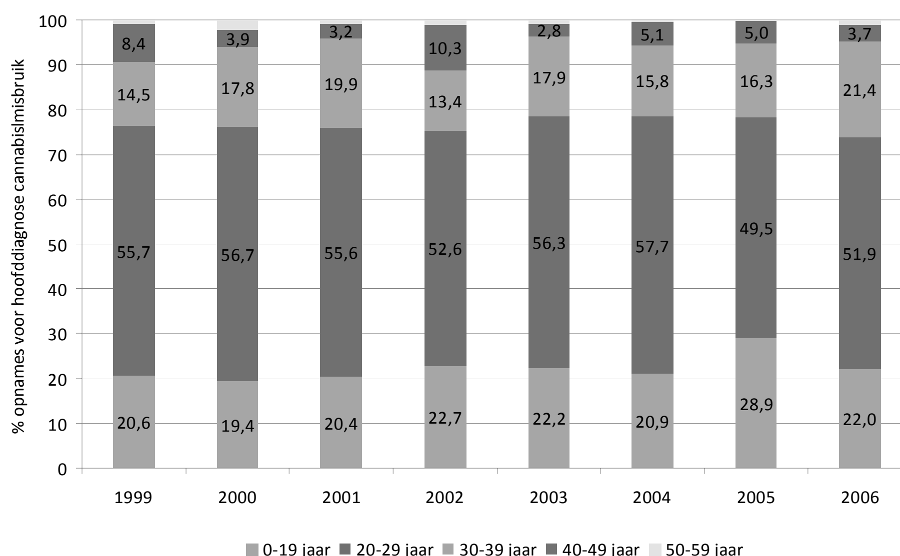
Als de leeftijdsverdeling van de patiënten met hoofddiagnose cannabismisbruik wordt bekeken dan blijkt dat de grootste groep tussen 20 en 29 jaar is (52%) (grafiek 62). Een vijfde is 19 jaar of jonger en 21% is tussen 30 en 39 jaar.
Het percentage patiënten tussen 30 en 39 jaar is in de periode 1999-2006 toegenomen. Ook het percentage jonge patiënten van 19 jaar of jonger is tussen 1999 en 2006 iets gestegen.

Grafiek 61 – Patiënten met hoofddiagnose cannabismisbruik bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en sekse, 1999-2006



Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

Grafiek 62 – Patiënten met hoofddiagnose cannabismisbruik bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en leeftijd, 1999-2006



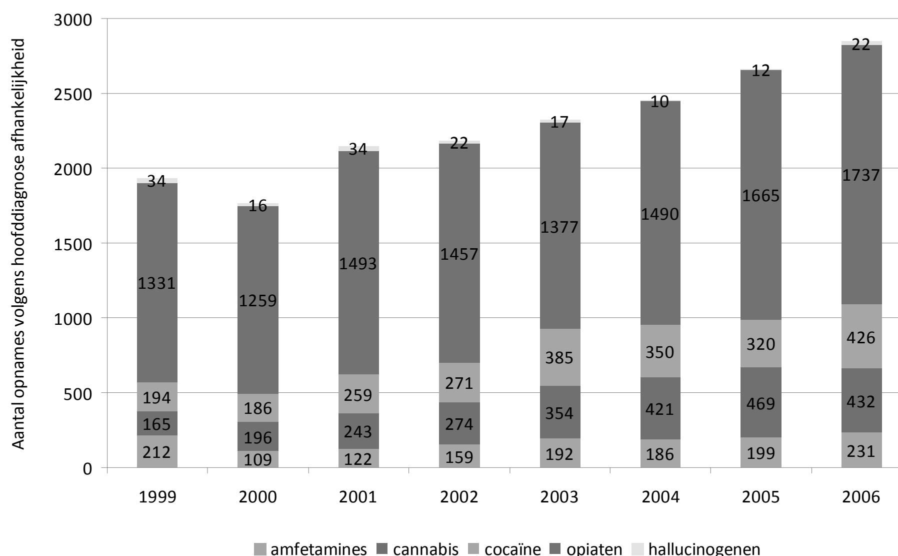
Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

In 2006 zijn er 1.737 psychiatrische opnames voor **afhankelijkheid** van opiaten geregistreerd (grafiek 63). In 2006 zijn er bijna evenveel psychiatrische op-

names voor afhankelijkheid van cannabis (n = 432) en cocaïne (n = 426). Voor amfetamineafhankelijkheid zijn er in 2006 231 psychiatrische opnames geregistreerd. Afhankelijkheid van hallucinogenen komt zeer weinig voor.

In de periode 1999-2006 is het aantal psychiatrische opnames voor afhankelijkheid voor alle middelen behalve voor hallucinogenen toegenomen (grafiek 63). Het aantal psychiatrische opnames voor opiaatafhankelijkheid nam toe met 31%, het aantal opnames voor afhankelijkheid van amfetamines stijgt met 9%. Het aantal psychiatrische opnames voor cocaïneafhankelijkheid is meer dan verdubbeld en het aantal opnames voor cannabisafhankelijkheid is bijna verdrievoudigd.

Grafiek 63 – Aantal patiënten met hoofddiagnose drugafhankelijkheid bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en middel, 1999-2006



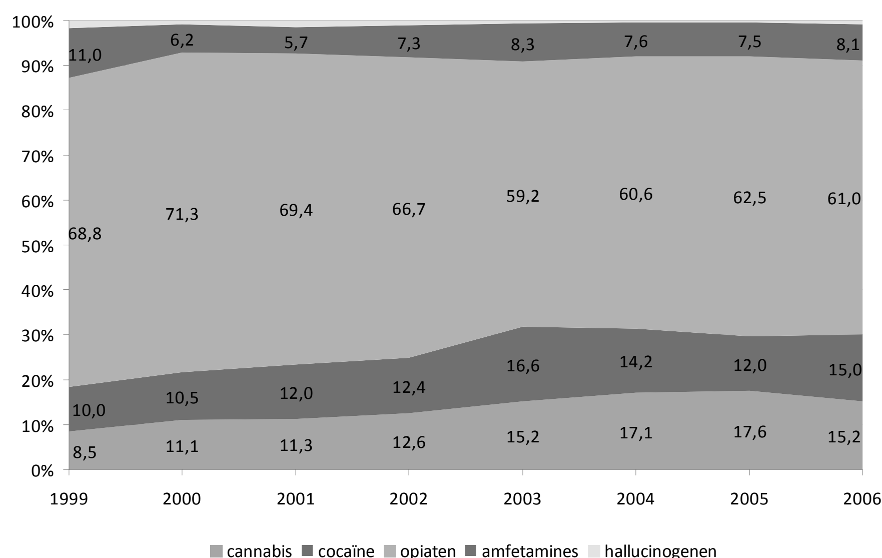
Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

Grafiek 64 toont het relatief belang van het aantal psychiatrische opnames voor afhankelijkheid aan een bepaald middel ten opzichte van de andere middelen. In 2006 heeft 61% van de opnames voor afhankelijkheid van middelen waarbij het middel gespecificeerd wordt te maken met afhankelijkheid van opiaten. 15% van de opnames betreft afhankelijkheid van cocaïne of cannabis. 8% van de psychiatrische opnames is omwille van amfetamineafhankelijkheid. Afhankelijkheid van hallucinogenen komt nagenoeg niet voor.

Het relatief belang van opnames voor afhankelijkheid van opiaten is tussen 1999 en 2006 gedaald van 69% naar 61% (grafiek 64). Ook het percentage opnames voor de hoofddiagnose amfetamineafhankelijkheid daalde tussen 1999 en 2006 zij het minder sterk van 11% naar 8%. Ten opzichte van 1999 is

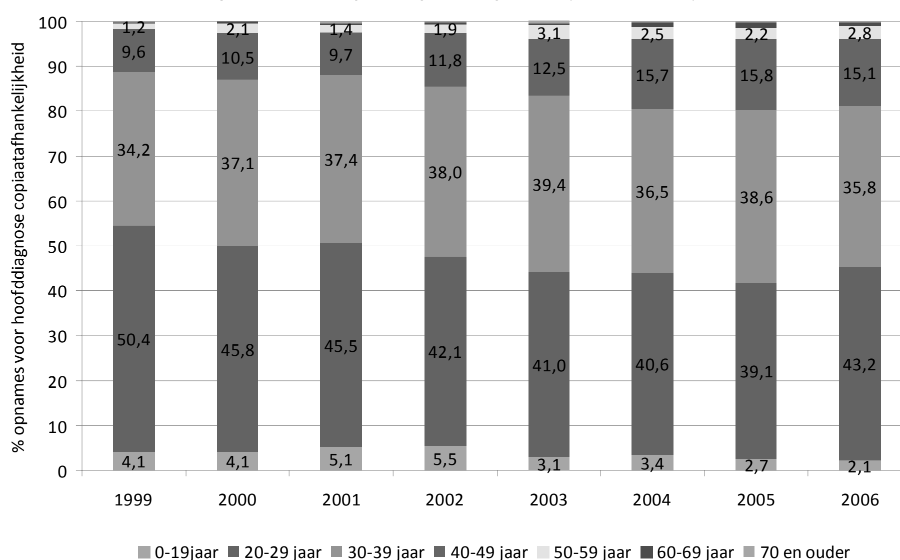
in 2006 het aandeel opnames voor afhankelijkheid van cannabis of cocaïne gestegen.

Grafiek 64 – Percentage patiënten met hoofddiagnose drugafhankelijkheid bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en middel, 1999-2006



Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

Grafiek 65 – Patiënten met hoofddiagnose opiaatafhankelijkheid bij medisch-psychiatrische opname in België volgens registratiejaar en leeftijd, 1999-2006



Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009b

Voor opiaatafhankelijkheid zijn 75% mannen en 25% vrouwen opgenomen. Over de jaren heen blijft de sekseverdeling gelijk.
Als de leeftijdsverdeling van de patiënten met hoofddiagnose opiaatafhankelijkheid wordt bekeken dan blijkt dat de grootste groep tussen 20 en 29 jaar is (43%) (grafiek 65). 36% is tussen 30 en 39 jaar en 15% tussen 40 en 49 jaar.
In de periode 1999-2006 blijft het percentage patiënten tussen 30 en 39 jaar stabiel, stijgt het percentage patiënten tussen 40 en 49 jaar en daalt het percentage patiënten tussen 20 en 29 jaar (grafiek 65).

7.7 Behandelingen in gespecialiseerde revalidatiecentra voor drugverslaafden erkend door het RIZIV

Jaarlijks worden in Vlaanderen meer dan 3.000 **nieuwe behandelingen** gestart in gespecialiseerde revalidatiecentra voor drugverslaafden erkend door het RIZIV[168] (Van Deun, 2009). Het betreft laagdrempelige MSOC, dagcentra voor ambulante begeleiding, residentiële crisiscentra voor kortdurende opvang, residentiële behandelingscentra en therapeutische gemeenschappen. Samen gaat het om 21 verschillende programma's, soms met meerdere vestigingsplaatsen of antennes.

De gegevensregistratie van deze centra, conform internationale standaarden, wordt sinds 1988 gebundeld door de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra in de Verslaafdenzorg (VVBV). Als inclusiecriterium wordt vertrokken van de notie 'behandeling gestart', volgens de omschrijving in de RIZIV-conventies. De RIZIV-conventie stipuleert eveneens dat deze centra zich vooral moeten richten op cliënten met problemen met illegale drugs. Uitzonderlijk kunnen in de residentiële centra wel personen met een primaire alcoholproblematiek worden opgenomen. In de ambulante centra is dat uitgesloten.

Met uitspraken over trends over de laatste tien jaar moet voorzichtig worden omgesprongen (Van Deun, 2009). Zowel het aantal als de verscheidenheid van behandelingsprogramma's is toegenomen. De jaarlijkse verschillen in cliëntkenmerken kunnen sterk beïnvloed zijn door de aard van nieuw participerende centra of door de evolutie in het behandelaanbod in een regio. Maar vooral het variërend aantal deelnemende centra maken het moeilijk om trends te onderkennen. Zo participeren vanaf 1999 de MSOC aan de registratie. De Sleutel en MSOC Limburg deden van 2000 tot 2002 niet mee. De gegevens voor het jaar 1999 en vanaf het jaar 2003 zijn wel goed vergelijkbaar. Daarnaast dient opgemerkt dat in de loop der jaren de gezamenlijke registratie betrouwbaarder is geworden.

De registratie werkt niet met een unieke cliëntcode waardoor cliënten die in het-

[168] Deze centra hebben een overeenkomst met het RIZIV die de financiering van de centra regelt door de verzekering voor geneeskundige verzorging (RIZIV, 2001).

zelfde jaar op verschillende centra beroep doen ook dubbel geteld worden (Thienpont & Van Deun, 2009). Cliënten die in hetzelfde jaar verschillende keren op hetzelfde centrum beroep doen worden slechts een keer geteld.

De laatste tien jaar, tussen 1997 en 2007 zijn 30.295 nieuwe behandelingen gestart (VVBV, 2009). Tussen 1999 en 2007 stijgt het totaal aantal jaarlijks geregistreerde behandelingen met 21%. Dit is mede te wijten aan het toenemend aantal registrerende centra.

Van **28.986** nieuwe behandelingen (96% van het totaal aantal nieuwe behandelingen) die in de periode 1997-2007 plaatsvinden is het voornaamste middel geregistreerd (tabel 68). De meeste cliënten gebruiken verschillende middelen maar slechts *één* wordt als voornaamste middel genoteerd, wat verwijst naar het middel dat aanleiding heeft gegeven voor het beroep doen op hulpverlening (Thienpont & Van Deun, 2009).
Opiaten zijn voor de meeste cliënten het voornaamste middel waarvoor de behandeling wordt gestart. In 2007 is 4 op 10 van de cliënten in behandeling voor opiaten als voornaamste middel. Op de tweede plaats volgt **cannabis**. Voor 22% van de cliënten is cannabis het voornaamste middel. 17% gebruikt **cocaïne** als voornaamste middel, 14% **amfetamines**. 6% gebruikt een **ander middel** als voornaamste middel.

Tabel 68 – Aantal nieuwe behandelingen volgens voornaamste middel, 1997-2007

	Opiaten		Amfetamines		Cocaïne		Cannabis		Andere middelen[169]		Totaal
Jaar	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
1997	442	45,9	243	25,2	102	10,6	97	10,1	79	8,2	963
1998	941	39,3	965	40,3	0	0	347	14,5	143	6,0	2.396
1999	1.387	43,9	1.156	36,6	0	0	468	14,8	147	4,7	3.158
2000	712	59,4	143	11,9	123	10,3	134	11,2	87	7,3	1.199
2001	804	54,2	181	12,2	172	11,6	224	15,1	102	6,9	1.483
2002	888	50,1	260	14,7	241	13,6	286	16,1	96	5,4	1.771
2003	1.537	48,4	411	12,9	457	14,4	588	18,5	184	5,8	3.177
2004	1.620	45,5	472	13,3	513	14,4	733	20,6	221	6,2	3.559
2005	1.609	42,9	479	12,8	564	15,1	894	23,9	201	5,4	3.747
2006	1.598	42,9	490	13,2	625	16,8	841	22,6	170	4,6	3.724
2007	1.524	40,0	540	14,2	662	17,4	855	22,4	228	6,0	3.809
Totaal	**13.062**	**45,1**	**5.340**	**18,4**	**3.459**	**11,9**	**5.467**	**18,9**	**1.658**	**5,7**	**28.986**

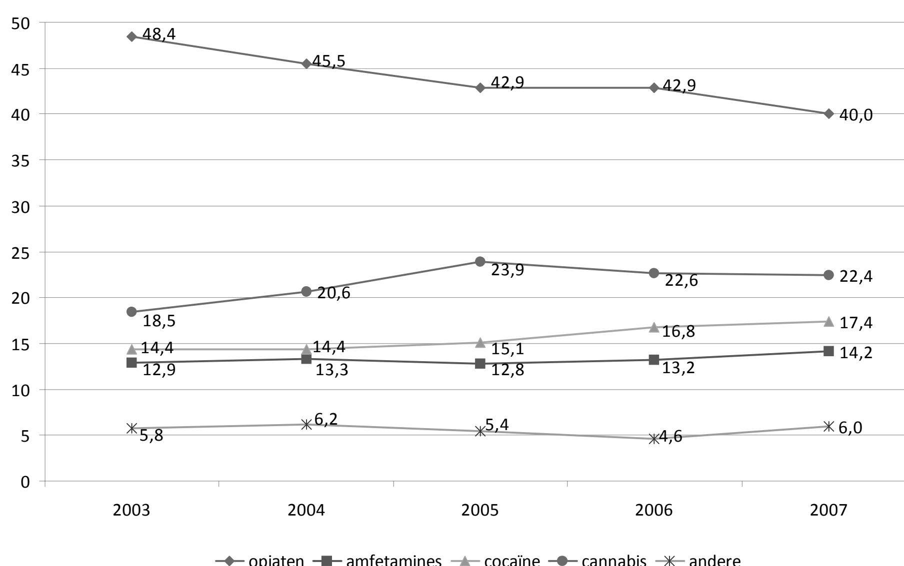
Bron: Van Deun, 2009

Bekeken tegenover de andere middelen is het aandeel nieuwe behandelingen voor opiaten als voornaamste middel tussen 2003 en 2007 afgenomen van 50%

[169] Andere middelen zijn: medicatie, alcohol, hallucinogenen of andere.

naar 40% (grafiek 66). Het aandeel nieuwe behandelingen voor amfetamines (+1%), cocaïne (+3%) en cannabis (+4%) is in de periode 2003-2007 gestegen. Wordt er gekeken naar het absoluut aantal nieuwe behandelingen voor amfetamines (+31%), cocaïne (+45%) en cannabis (+45%) dan is de stijging tussen 2003 en 2007 nog sterker merkbaar. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met het stijgend totaal aantal nieuwe behandelingen in de periode 2003 en 2007 (tabel 69).

Grafiek 66 – Evolutie van aandeel voornaamste middel op totaal aantal nieuwe behandelingen, 2003-2007[170]



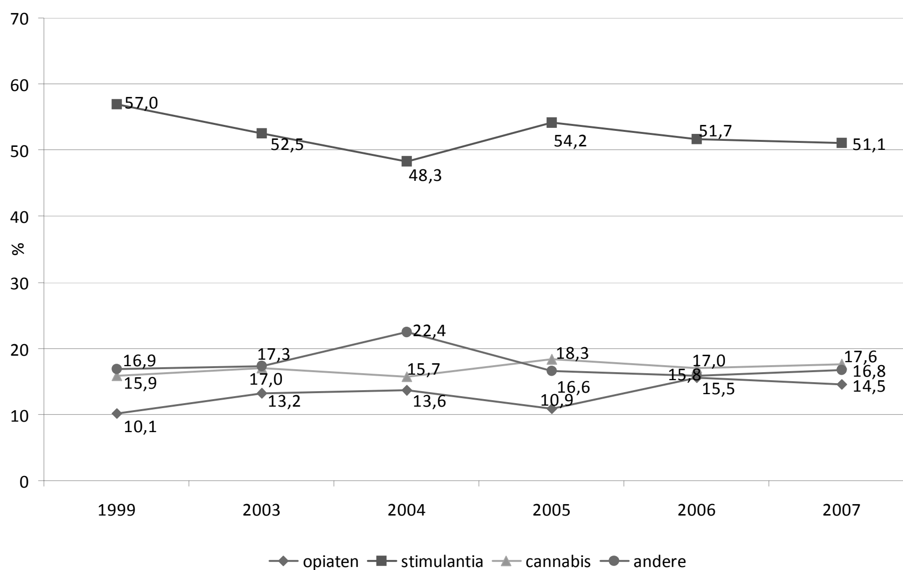
Bron: Van Deun, 2009

In de helft van de nieuwe behandelingen waarbij een tweede middel wordt opgegeven zijn stimulantia als tweede middel vermeld (grafiek 67). Cannabis komt op de tweede plaats. In 2007 gebruikt 18% cannabis als tweede middel.
In de periode 1999-2007 worden amfetamines minder en opiaten meer als tweede middel gebruikt.

In 2007 vinden de meeste nieuwe behandelingen plaats in de ambulante dagcentra (41%). 3 op 10 behandelingen gebeuren in de MSOC en 23% in crisiscentra. 6% van de behandelingen gebeurt in residentiële behandelingscentra (grafiek 68).

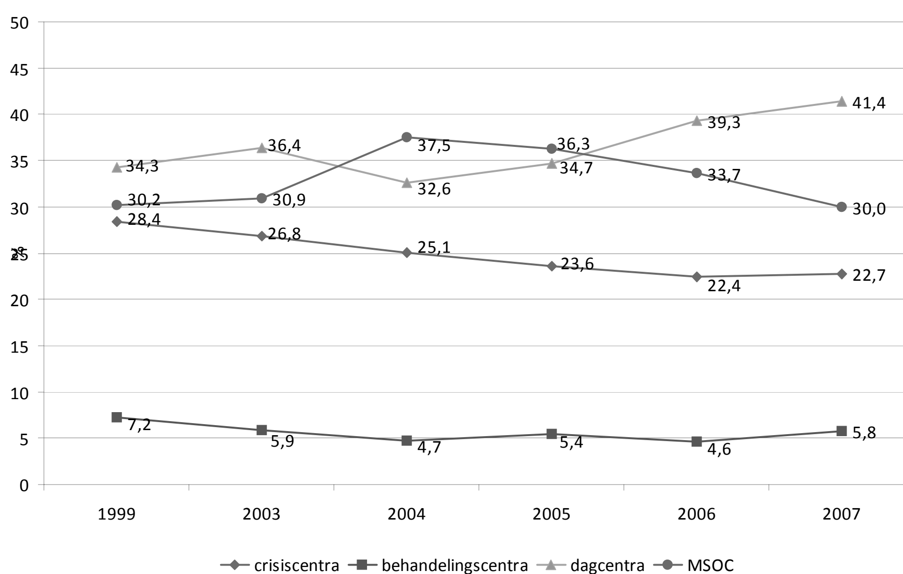
170 1999 is niet in de vergelijking opgenomen omdat voor dat jaar geen cijfers beschikbaar zijn voor cocaïne als voornaamste middel.

Grafiek 67 – Evolutie van aandeel tweede middel op totaal aantal behandelingen, 2003-2007



Bron: Thienpont & Van Deun, 2005; Thienpont & Van Deun, 2006; Thienpont & Van Deun, 2009; Thienpont & Van Zuijlen, 2004; VVBV, 2001

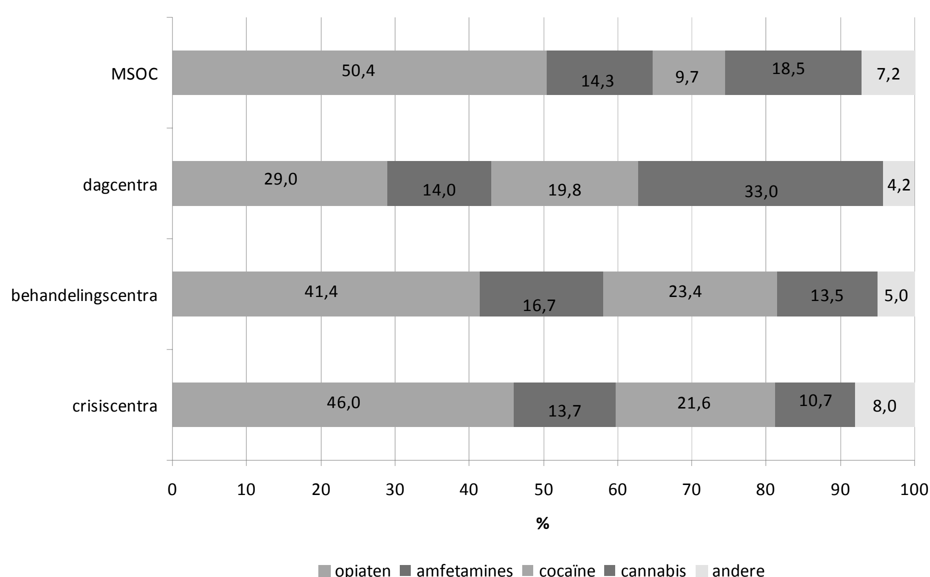
Grafiek 68 – Evolutie aandeel nieuwe behandelingen volgens werkvorm, 1999-2007



Bron: Van Deun, 2009

In 2007 gebeurt de helft van de nieuwe behandelingen in de MSOC voor **opiaten** als voornaamste middel (grafiek 69). Ook in de crisiscentra zijn in bijna de helft van de gevallen opiaten het voornaamste middel.
Behandelingen voor **cannabis** als voornaamste middel komen vooral voor in de dagcentra (33%). In de MSOC komen behandelingen voor cannabis als voornaamste middel op de tweede plaats.
Ruim een vijfde van de behandelingen in crisiscentra en residentiële behandelingscentra zijn voor **cocaïne** als voornaamste middel.
Behandelingen voor **amfetamines** als voornaamste middel komen iets meer voor in de residentiële behandelingscentra dan in de overige werkvormen.

Grafiek 69 – Voornaamste middel volgens werkvorm, 2007



Bron: Van Deun, 2009

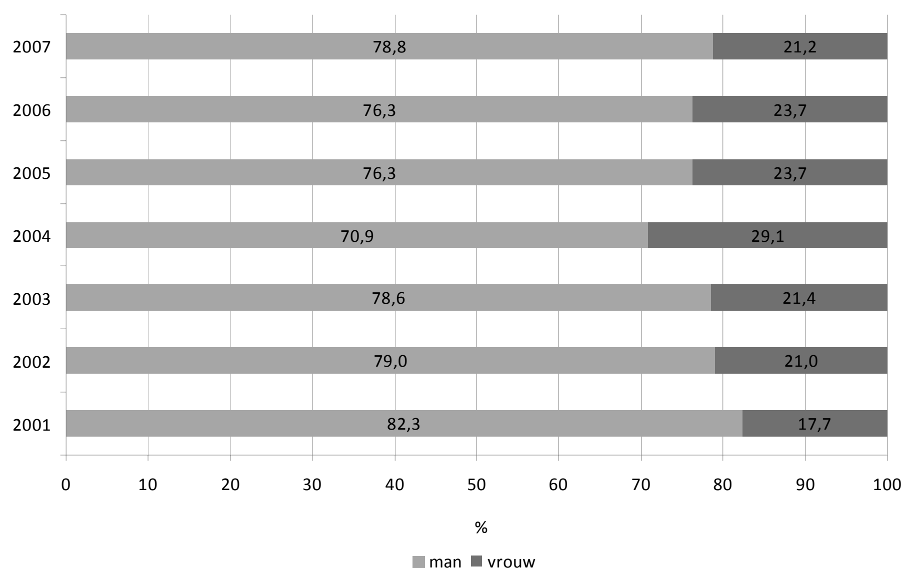
De gemiddelde **leeftijd** waarop de cliënten een behandeling starten is in 2007 27 jaar en 6 maanden (Van Deun, 2009). De cliënten in residentiële behandelingscentra zijn gemiddeld het jongst (26 jaar en 2 maanden in 2007) en de cliënten in de MSOC zijn het oudst (30 jaar en 6 maanden).
Tussen 1997 en 2007 is de gemiddelde leeftijd van de cliënten bij de start van de behandeling met bijna 2 jaar toegenomen (van 25 jaar en 8 maanden naar 27 jaar en 6 maanden).

De cliënten van de behandelcentra aangesloten bij de VVBV zijn overwegend **mannen** (Van Deun, 2009). In 2007 zijn 3.201 mannen (82%) in behandeling en 702 vrouwen (18%). De man-vrouw verhouding blijft over de periode 1997-2007 ongeveer gelijk. Tussen 1999 en 2007 is het aantal vrouwen met 4% gedaald (van 733 naar 702) en het aantal mannen met 16% gestegen (van 2.760 naar 3.201).

7.8 Profiel van de gebruikers van het initiatief spuitenruil

Het initiatief spuitenruil wordt jaarlijks geëvalueerd via een zelfrapportage vragenlijst bij de gebruikers van spuitenruil (Windelinckx, 2008). In 2007 vullen 198 gebruikers een vragenlijst in. 99% van de respondenten heeft de laatste 4 weken geïnjecteerd. De meeste deelnemers aan het onderzoek zijn mannen (79%) (grafiek 70). Tussen 2001 en 2007 zijn er telkens ongeveer 8 op 10 mannelijke en 2 op 10 vrouwelijke gebruikers van spuitenruil. Tussen 2001 en 2007 is het percentage vrouwen iets toegenomen van 18% naar 21%.

Grafiek 70 – Sekseverdeling van gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen, 2001-2007



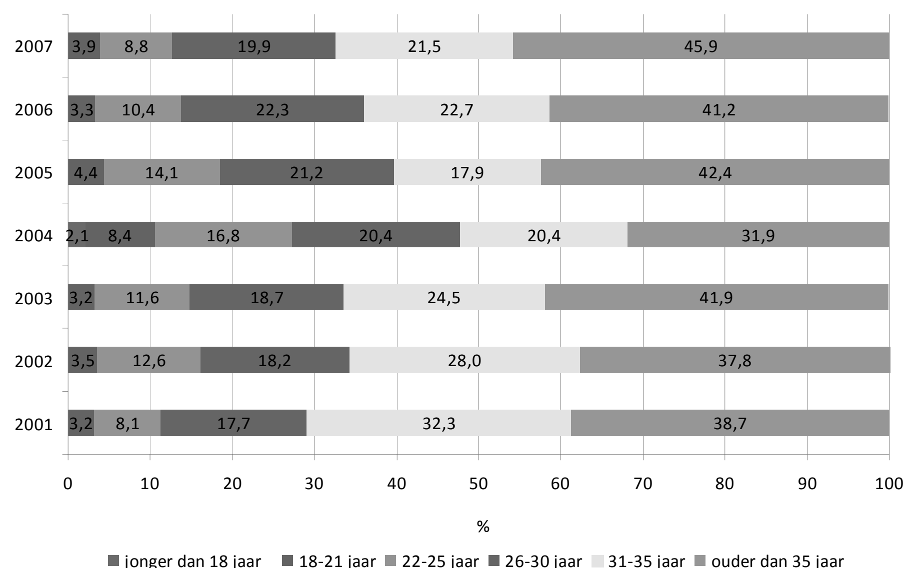
Bron: Windelinckx, 2004-2008; De Maere, 2001-2003

67% van de respondenten die deelnemen aan de evaluatie van het project spuitenruil in 2007 is ouder dan 30 jaar (Windelinckx, 2008). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 34 jaar en 7 maanden. De laatste drie jaar is de gemiddelde leeftijd vergelijkbaar. In de periode 2001-2004 is niet naar de exacte leeftijd van de gebruikers gevraagd waardoor voor die jaren geen gemiddelde leeftijd kan berekend worden.

Voor 2001-2007 kan wel naar de leeftijdsverdeling van de gebruikers gekeken worden. Behalve in 2004 zijn er geen minderjarigen die gebruik maken van spuitenruil (grafiek 71). Over alle jaren blijft de groep jonge gebruikers van spuitenruil (jonger dan 26 jaar) beperkt. De laatste twee jaren vertegenwoordigt deze groep ongeveer 13% van het totaal aantal gebruikers, dat is iets meer dan in 2001, maar gevoelig minder dan in 2004 toen een kwart van de gebruikers jonger was dan 26 jaar. Gemiddeld 20% van de gebruikers is tussen 26 en 30 jaar oud. Tegenover 2001 zijn er in 2007 iets meer gebruikers tussen 26 en 30 jaar.

Tussen 2001 en 2007 is het percentage gebruikers tussen 31 en 35 jaar afgenomen. Gemiddeld is 24% tussen 31 en 35 jaar oud. In de periode 2001-2007 is het aandeel gebruikers van 35 jaar of ouder gestegen van 39% naar 46%. Over de jaren heen is gemiddeld 40% van de gebruikers ouder dan 35 jaar.

Grafiek 71 – Leeftijdsverdeling van gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen, 2001-2007



Bron: Windelinckx, 2004-2008; De Maere, 2001-2003

Het grootste deel van de respondenten woont alleen (49%) of met een partner (30%) (Windelinckx, 2008). 25% heeft een onstabiele leefsituatie en is dakloos, woont in een kraakpand of maakt gebruik van nachtopvang. Omdat niet over alle jaren dezelfde antwoordcategorieën in de vragenlijst aan bod komen is de leefsituatie over de verschillende jaren moeilijk te vergelijken. Als enkel de periode 2005-2007 wordt bekeken, waarin de vraagstelling wel dezelfde is, dan neemt het percentage spuitenruilgebruikers in een onstabiele leefsituatie toe van 18% naar 25%.

In 2007 heeft bijna de helft van de spuitenruilgebruikers voor het eerst geïnjecteerd voor ze 18 jaar oud waren (46%) (tabel 69). Dit percentage is tussen 2004 en 2007 iets gestegen van 44% naar 46%[171].

Tabel 70 geeft een overzicht van de gebruikte producten in de laatste 4 weken evenals van de producten die de laatste 4 weken geïnjecteerd werden. **Heroïne** is zowel in 2007 als in de andere jaren het meest gebruikte en het meest geïnjecteerde middel.
Wordt uitsluitend naar gebruik gekeken dan wordt de laatste jaren vooral cocaïne en cannabis naast heroïne gebruikt. In de periode 2002-2005 gaat de

171 Voor de periode 2001-2003 zijn hierover geen data beschikbaar.

voorkeur naast heroïne vooral naar methadon en amfetamines. **Cannabis** wordt door de spuitenruilgebruikers in 2007 minder gebruikt dan in 2001. In 2001 gebruikt nog driekwart van de gebruikers cannabis naast heroïne. In 2007 doet slechts de helft van de gebruikers dat. Een opvallende tendens tussen 2001 en 2007 is het toenemend gebruik van amfetamines en van tripmiddelen.

Cocaïne volgt op de tweede plaats en **amfetamine** op de derde plaats qua meest geïnjecteerde middelen. Dat is voor alle jaren het geval. 2002 vormt daarop een uitzondering want toen verdrongen cocktails amfetamines van de derde plaats. Het percentage spuitenruilgebruikers dat amfetamines of tripmiddelen injecteert is tussen 2001 en 2007 verdubbeld.

Tabel 69 – Gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen die voor het eerst injecteren als ze 18 jaar of jonger zijn, 2001-2007

2004 (n = 188)	2005 (n = 178)	2006 (n = 198)	2007 (n = 160)
43,8%	43,3%	43,4%	46,3%

Bron: Windelinckx, 2005-2008

Tabel 70 – Middelen die door de gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen de afgelopen 4 weken gebruikt en geïnjecteerd worden, 2001-2007[172]

Gebruikt	2001 (n = 61)	2002 (n = 141)	2003 (n = 155)	2004 (n = 189)	2005 (n = 184)	2006 (n = 213)	2007 (n = 195)
Heroïne	86,9%	88,7%	76,8%	76,2%	78,7%	77,0%	73,3%
Methadon/temgesic	60,7%	75,8%	60,6%	54,0%	47,7%	51,2%	49,7%
Cocaïne	73,8%	75,8%	67,1%	63,0%	71,8%	70,9%	62,1%
Amfetamine	31,1%	31,2%	60,6%	42,3%	51,1%	42,7%	49,2%
Cocktail	geen info	29,0%	25,2%	17,5%	27,0%	32,9%	29,7%
Tripmiddelen	14,8%	13,4%	23,2%	13,8%	16,1%	19,7%	20,5%
Cannabis	78,7%	72,3%	60,6%	29,1%	35,6%	52,1%	52,3%
Geïnjecteerd	**2001 (n = 61)**	**2002 (n = 133)**	**2003 (n = 155)**	**2004 (n = 178)**	**2005 (n = 170)**	**2006 (n = 205)**	**2007 (n = 205)**
Heroïne	75,4%	88,0%	64,5%	70,2%	71,8%	75,6%	76,0%
Methadon/temgesic	6,6%	6,8%	6,5%	1,7%	5,9%	2,9%	6,0%
Cocaïne	63,9%	74,4%	57,4%	59,0%	63,5%	64,4%	62,3%
Amfetamine	18,0%	24,8%	29,7%	38,2%	40,0%	37,6%	41,5%
Cocktail	geen info	48,8%	26,5%	28,7%	27,7%	33,2%	38,8%
Tripmiddelen	1,6%	3,0%	1,9%	2,8%	3,5%	5,4%	3,3%
Cannabis	3,2%	0	0	0	0,6%	1,0%	0

Bron: Windelinckx, 2004-2008; De Maere, 2001-2003

[172] De percentages zijn berekend op het aantal respondenten die deze vraag invulden. Het totaal is hoger dan 100% omdat meerdere middelen kunnen gebruikt of geïnjecteerd worden.

54% van de gebruikers van het spuitenruilproject die in 2007 deelnemen aan het evaluatieonderzoek heeft gedurende de laatste 4 weken geen injectiemateriaal (spuiten, naalden, lepels, filters, water) gedeeld (Windelinckx, 2008) (tabel 71). Dat betekent dat 46% toch nog risicogedrag blijft stellen. Het delen van een lepel komt het vaakst voor: 55% trekt in de laatste 4 weken minstens 1 keer op uit een lepel die iemand anders reeds heeft gebruikt. Risicogedrag met betrekking tot het delen van filtermateriaal komt eveneens voor: 53% gebruikt de laatste 4 maand wel eens een filter die iemand anders reeds gebruikt heeft.
Over de verschillende jaren bekeken is injectiemateriaal delen eerder toegenomen van 41% tot 47%.

Tabel 71 – Gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen die de laatste maand injectiemateriaal delen, 2001-2007

2001 (n onbekend)	2002 (n = 144)	2003 (n = 155)	2004 (n = 191)	2005 (n = 186)	2006 (n = 217)	2007 (n = 198)
41,0%	45,1%	37,4%	41,4%	34,4%	44,7%	46,5%

Bron: Windelinckx, 2004-2008; De Maere, 2001-2003

In 2007 volgen 118 respondenten op het moment van de bevraging een behandeling, dat is 60% van de hele groep respondenten (Windelinckx, 2008) (tabel 72). 75% volgt een behandeling in een MSOC of dagcentrum, 68% volgt een methadonprogramma en 8% is in behandeling bij de huisarts of een psychiater.
Het percentage gebruikers dat op het ogenblik van de bevraging een behandeling volgt is hoger bij de opstart van het spuitenruilproject dan in de laatste drie jaren (tabel 72). In 2002 volgt driekwart van de gebruikers een behandeling, in 2007 gaat het om 6 op 10 gebruikers[173].

Tabel 72 – Gebruikers van spuitenruil in Vlaanderen die momenteel een behandeling volgen, 2002-2007

2002 (n = 108)	2003 (n = 98)	2004 (n = 134)	2005 (n = 94)	2006 (n = 127)	2007 (n = 118)
74,5%	63,2%	70,2%	50,5%	58,0%	59,6%

Bron: Windelinckx, 2004-2008; De Maere, 2003

173 Voor 2001 zijn deze gegevens niet beschikbaar.

7.9 Substitutiebehandeling

7.9.1 Verstrekking van substitutiemiddelen door apothekers

In 2002-2003 is de methadonverstrekking door Belgische apotheken geëvalueerd in een onderzoek (Ledoux, 2005). In een algemene vragenlijst kunnen apothekers aangeven hoeveel patiënten ze begeleiden. Er is daarnaast een specifieke vragenlijst waarin de apotheker elke patiënt kan evalueren. Ook de patiënten zelf zijn via een vragenlijst bevraagd.
Alle 5.140 apothekers in België hebben de vragenlijsten ontvangen. 801 apothekers sturen de vragenlijst terug: 90 (11%) uit Brussel, 314 (39%) uit de Franse gemeenschap en 397 uit de Vlaamse gemeenschap (50%). 614 apothekers (77%) hebben ooit een methadonpatiënt als cliënt gehad. Het gaat vooral om apothekers in de Franse (45%) en de Vlaamse gemeenschap (41%) en in mindere mate om apothekers uit Brussel hoofdstad (14%). Op het moment van het onderzoek hebben apothekers in Wallonië 5 keer meer kans om een methadonpatiënt in hun praktijk te hebben dan apothekers uit Vlaanderen. Vergeleken met Brussel is die kans 9 keer groter. 228 Waalse apothekers (29%), 134 Vlaamse apothekers (17%) en 74 Brusselse apothekers (9%) hebben op het moment van het onderzoek een methadonpatiënt in hun praktijk.
In totaal zijn er 329 apothekers die hun patiënten evalueren (tabel 73). Zij evalueren 1.485 patiënten. 473 patiënten vullen zelf de evaluatievragenlijst in.

Tabel 73 – Aantal apotheken en patiënten die deelnemen aan de globale evaluatie (oktober 2002)

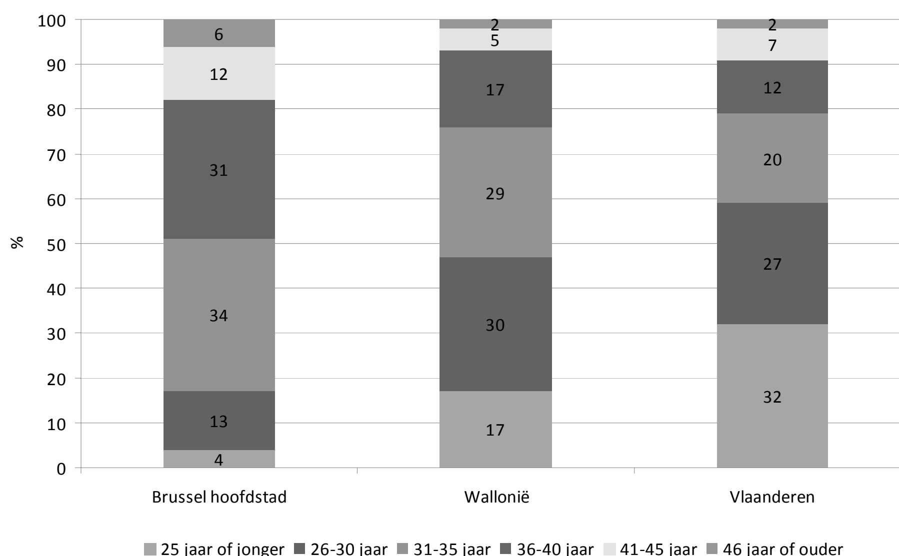
	Brussel hoofdstad	Wallonië	Vlaanderen	Totaal
Aantal deelnemende apotheken	90	314	397	801
Aantal met methadonpatiënt	74	228	134	436
Aantal patiënten geëvalueerd door apotheker	281	934	270	1.485
Aantal patiënten dat zelf deelneemt aan evaluatie	64	312	97	473

Bron: Ledoux, 2005

Voor 17% van de patiënten is er dagelijkse aflevering van methadon. 10% gebruikt de methadon ter plaatse (2% in Brussel, 41% in Vlaanderen en 4% in Wallonië). In Vlaanderen wordt methadon vooral onder de vorm van siroop verstrekt, in Wallonië en Brussel vooral in capsules. Ongeveer een kwart van de patiënten laat de methadon door iemand anders afhalen. Bij 11% gebeurt dat door de moeder.

De gemiddelde leeftijd van de geëvalueerde patiënten is 32 jaar. De patiënten in Vlaanderen zijn gemiddeld 2 jaar jonger (30 jaar) dan in Brussel-Wallonië (32 jaar). In Vlaanderen zijn er het meest jonge patiënten: 32% is 25 jaar of jonger (grafiek 72). In Oost- en West-Vlaanderen is de helft van de patiënten 25 jaar of jonger.

Grafiek 72 – Leeftijdsverdeling van de methadonpatiënten in België bij de eerste evaluatie, oktober 2002 (%)



Bron: Ledoux, 2005

Gemiddeld hebben de apothekers al 32 maanden contact met de methadonpatiënten. Een derde van de patiënten heeft minder dan *één* jaar contact met de apotheker, 21% komt al meer dan 4 jaar langs. In Wallonië heeft 21% al langer dan 4 jaar contact met de apotheker, in Vlaanderen geldt dat voor 9% van de patiënten.
Gemiddeld wordt een dosis van 47,2 mg methadon voorgeschreven. In Vlaanderen is de dosis gemiddeld geringer (34,7 mg) vergeleken met de gemiddelde dosis in de Franstalige gemeenschap (48,9 mg).
4 op 10 patiënten (37%) stellen gedragsproblemen voor de apotheker. Dat gaat dan bijvoorbeeld om het niet respecteren van de openingsuren, storen van de andere klanten, de beurt niet afwachten, niet normaal betalen, ... De kans op problemen neemt sterk toe als ook benzodiazepines of flunitrazepam (Rohypnol®) wordt voorgeschreven.

De methadonpatiënten kunnen in het onderzoek ook zelf een enquête invullen. 408 methadonpatiënten hebben een evaluatie-enquête ingevuld: 74% mannen en 26% vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten is 31,4 jaar. De patiënten in Vlaanderen zijn gemiddeld jonger dan de patiënten in Wallonië (29,4 versus 31,4 jaar). 16% is van niet-Belgische afkomst. 26% heeft enkel een diploma van basisonderwijs. De meeste patiënten komen uit een arbeidersmilieu: 60% heeft een vader die arbeider was. 28% woont alleen. 34% heeft een partner die ook in substitutiebehandeling is. 48% heeft een partner die geen drugs gebruikt. 30% van de patiënten heeft een arbeidsinkomen. 64% krijgt een sociale zekerheidsuitkering (werkloosheid, invaliditeit, bestaansminimum). 13% van de patiënten heeft nog nooit gewerkt. De helft van de patiënten (53%) heeft

een instellingsverleden (opvangtehuis of gevangenis).
53% van de patiënten gaat naar een privé huisarts voor hun medische consultatie. Dat is meer het geval in Wallonië dan in Vlaanderen (63% versus 34%). In Vlaanderen ziet 36% van de patiënten een arts in het MSOC. In Wallonië komt dat zeer weinig voor (2%).

De patiënten zijn gemiddeld op 20,4 jaar heroïne gaan gebruiken. 43% heeft ervaring met injecteren. 25% injecteert nog steeds.
Het eerste gebruik van methadon situeert zich gemiddeld op 25,4 jaar. Vlaamse patiënten zijn gemiddeld vroeger gestart met methadon dan patiënten uit Wallonië (24 jaar versus 26 jaar).
46% gebruikt de afgelopen drie maanden heroïne (54% in Vlaanderen en 49% in Wallonië). 18% gebruikt dagelijks heroïne, 37% meer dan 1 keer per week, 29% meer dan 1 keer per maand en 16% minder dan 1 keer per maand.
De laatste 3 maanden gebruikt 29% van de patiënten cocaïne, een vierde injecteert cocaïne. 9% gebruikt dagelijks cocaïne.
Andere illegale middelen die de afgelopen drie maanden worden gebruikt zijn: cannabis (61%), XTC (9%), amfetamines (5%). 12% van de patiënten gebruikt de laatste 3 maanden geen andere drug.

7.9.2 Nationale registratie substitutiebehandeling (NRSB)

In 2004 is in België een nationale registratie substitutiebehandeling (NRSB) geïnstalleerd[174], waarin gegevens worden verzameld van alle patiënten die een voorschrift krijgen voor methadon (magistrale bereiding of Mephenon®) of buprenorfine (Temgesic® en Subutex®) en die onderworpen zijn aan de sociale zekerheid (Ledoux, 2008). Deze registratie geeft bijgevolg geen beeld van het aantal patiënten die substitutiebehandeling krijgt maar niet door de Belgische sociale zekerheid is gedekt (bv. patiënten die in Frankrijk wonen maar in België hun methadon laten afleveren).
Het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België (IFEB) is belast met het beheer van de gegevens.
De gegevens in de databank van de NRSB zijn afkomstig van de erkende tariferingsdiensten die de tariferingsgegevens verzamelen van openbare en ziekenhuisapotheken en van gespecialiseerde centra. Substitutiebehandelingen die worden voorgeschreven aan en afgeleverd aan druggebruikers in de gevangenis zijn uitdrukkelijk uitgesloten van de registratie.
De eerste globale resultaten van de NRSB beslaan de periode augustus 2006 tot juli 2007 (een volledig jaar). De meeteenheid is de patiënt.
Uit de analyse worden de patiënten geweerd die enkel Temgesic® voorgeschreven krijgen om de patiënten die een behandeling voor chronische pijn krijgen uit te sluiten. De groep chronische pijnpatiënten is echter niet volledig uit de registratie uit te sluiten waardoor er een lichte overschatting zal zijn van het aantal

[174] De wettelijke basis van de NRSB ligt vast in art. 9 van het K.B. van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen, gewijzigd door het K.B. van 6 oktober 2006.

patiënten dat substitutiebehandeling krijgt.

Bekeken over de periode van een jaar krijgen 14.480 patiënten in België een voorschrift voor methadon en 15.292 patiënten een voorschrift voor methadon, Mephenon® en Subutex® (tabel 74).

Tabel 74 – Aantal patiënten in substitutiebehandeling in België, periode augustus 2006 tot juli 2007

		Aantal patiënten	%
Methadon	Vlaams gewest	3.596	24,8
	Brussels gewest	2.488	17,2
	Waals gewest	8.396	58,0
	Totaal	**14.480**	**100,0**
Methadon, Mephenon® en Subutex®	Vlaams gewest	4.036	26,4
	Brussels gewest	2.538	16,6
	Waals gewest	8.718	57,0
	Totaal	**15.292**	**100,0**

Bron: Ledoux, 2008

In de periode augustus 2006 tot juli 2007 krijgen de meeste patiënten methadon voorgeschreven (n = 14.480) (grafiek 73). De provincies Henegouwen, Luik en Brussel hoofdstad tellen het meest patiënten in substitutiebehandeling. In het Vlaams gewest tellen Oost-Vlaanderen, Antwerpen en West-Vlaanderen het meest patiënten.

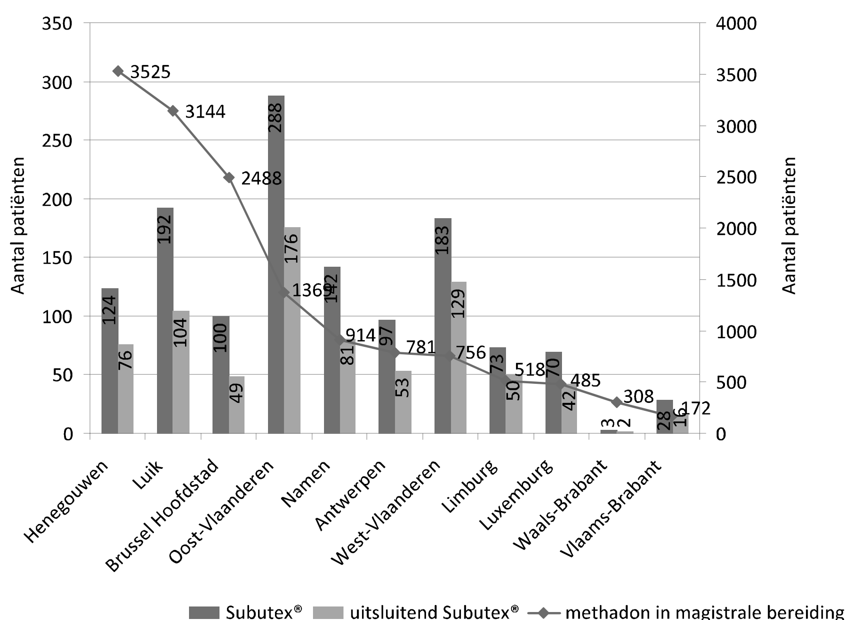
1.300 patiënten krijgen in de periode augustus 2006 tot juli 2007 Subutex® voorgeschreven. Daarnaast kunnen zij ook nog andere middelen gebruiken. Subutex® wordt vooral voorgeschreven aan patiënten in Oost- en West-Vlaanderen (grafiek 73). 52% van de patiënten die Subutex® krijgen voorgeschreven komt uit het Vlaams Gewest. Voor methadon is dat maar 25%.

778 patiënten gebruiken in de periode augustus 2006 tot juli 2007 uitsluitend Subutex®. Dat doet zich opnieuw vooral voor in de provincies Oost- en West-Vlaanderen (grafiek 73).

Om de evoluties in patiëntenaantallen te bekijken kunnen de data van juli 2005, augustus 2006 en juli 2007 naast elkaar gezet worden (grafiek 74). Het totaal aantal patiënten dat methadon in magistrale bereiding voorgeschreven krijgt neemt tussen 2005 en 2007 met 2% toe. In het Brussels gewest is het aantal patiënten met 11% gedaald. Zowel in het Vlaams als het Waals gewest is het aantal patiënten over een periode van 3 jaar licht toegenomen (+6%). In het Vlaams gewest is er een toename van het aantal patiënten in de provincies Oost- en West-Vlaanderen en Limburg. In de provincie Antwerpen en Vlaams-Brabant daalt het aantal patiënten.

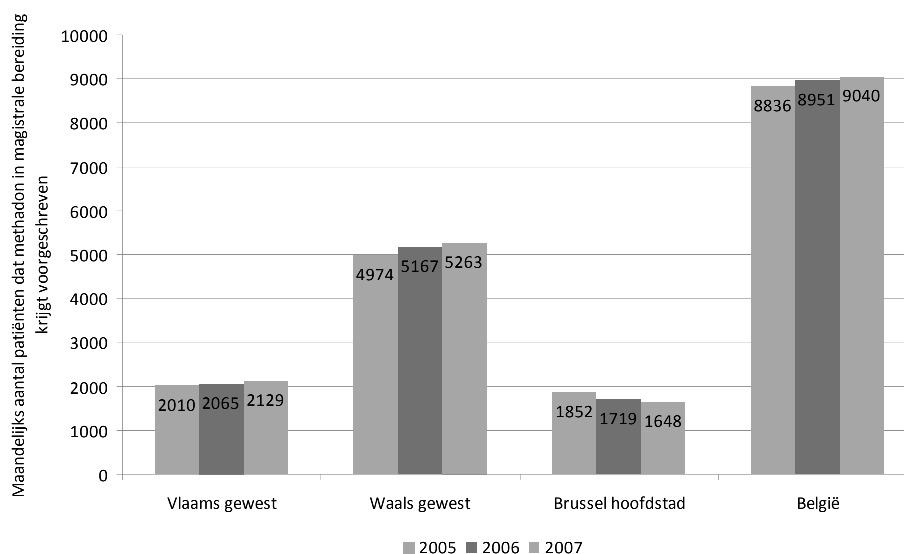
Het aantal patiënten dat Subutex® voorgeschreven krijgt, bedraagt in juli 2005 257 en is in juli 2007 opgelopen tot 467.

Grafiek 73 – Aantal patiënten in België dat methadon in een magistrale bereiding of Subutex® krijgt voorgeschreven per provincie, periode augustus 2006 tot juli 2007



Bron: Ledoux, 2008

Grafiek 74 – Evolutie van het aantal patiënten dat methadon in magistrale bereiding krijgt voorgeschreven, 2005-2007

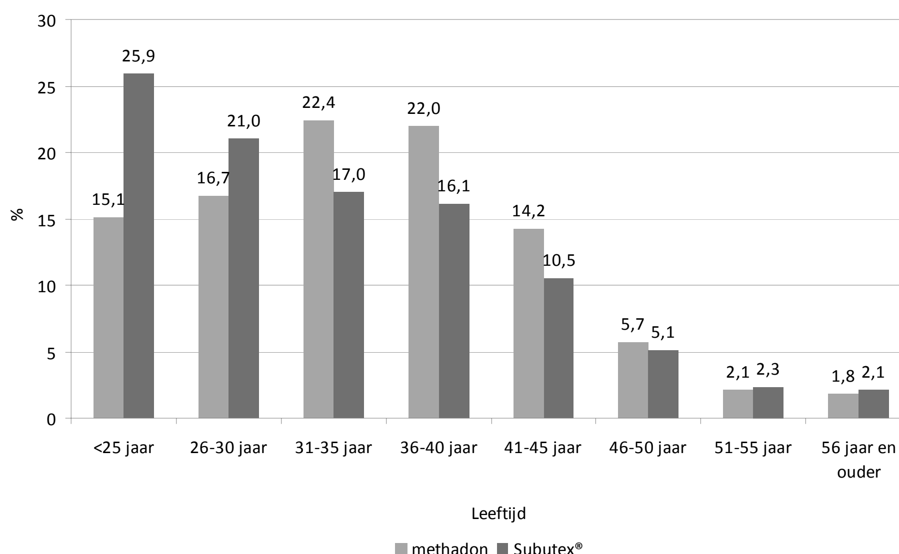


Bron: Ledoux, 2008

LEEFTIJD

De meeste patiënten die methadon in een magistrale bereiding krijgen voorgeschreven zijn tussen 31 en 35 jaar (22%) en 36 en 40 jaar (22%) (grafiek 75). Dit is berekend op het totaal aantal patiënten in de periode augustus 2006 tot juli 2007. 15% van de patiënten is jonger dan 25 jaar. In totaal is 32% 30 jaar of jonger. In het Vlaams gewest is de groep patiënten jonger dan 25 jaar opvallend in de provincie Oost-Vlaanderen (35%) en Vlaams-Brabant (31%). In de provincie Antwerpen is 37% van de patiënten ouder dan 40 jaar.
De grootste groep patiënten die Subutex® krijgt voorgeschreven is jonger dan 25 jaar (26%) of tussen 26 en 30 jaar (21%) (grafiek 75).
In de oudste leeftijdsklassen (46 jaar en ouder) wordt in gelijke mate methadon en Subutex® voorgeschreven (grafiek 75).

Grafiek 75 – Leeftijdsverdeling van de patiënten in België die methadon in een magistrale bereiding of Subutex® krijgen voorgeschreven, periode augustus 2006 tot juli 2007

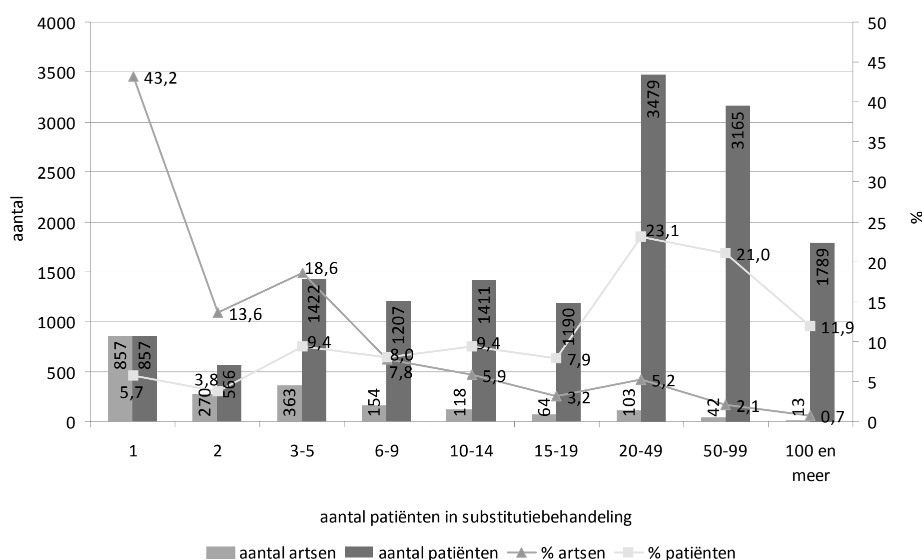


Bron: Ledoux, 2008

Op basis van de gegevens in de NRSB kan bekeken worden wie als eerste substitutiebehandeling voorschrijft. De meeste patiënten krijgen hun voorschrift van de huisarts (71%). Op de tweede plaats komt het MSOC (18%). 5% krijgt zijn voorschrift via een niet-RIZIV opvangcentrum, 3% in een residentieel centrum en 2% in een gespecialiseerd RIZIV centrum. In ziekenhuizen (1%) en CGG (0,2%) worden weinig voorschriften voor substitutiebehandeling gegeven.
In totaal zijn er 1.984 artsen die een substitutiebehandeling voorschrijven. 83% daarvan heeft een privé praktijk en 8% werkt in een groepspraktijk.
245 artsen schrijven Subutex® voor. Het gaat om 116 artsen in het Vlaams gewest, 14 in het Brussels gewest en 115 in het Waals gewest.

De meeste artsen hebben in de periode augustus 2006 tot juli 2007 slechts 1 (43%) of 2 patiënten (14%) in substitutiebehandeling (grafiek 76).
Bekeken vanuit het aantal patiënten blijkt dat het grootste aantal patiënten substitutiebehandeling krijgt van een arts die 20 of meer patiënten in behandeling heeft (grafiek 76). De 13 artsen die meer dan 100 patiënten in substitutiebehandeling opvolgen, behandelen in totaal 1.789 patiënten, dat is 12% van alle patiënten.

Grafiek 76 – Aantal artsen en aantal patiënten in België volgens aantal patiënten in substitutiebehandeling, periode augustus 2006 tot juli 2007



Bron: Ledoux, 2008

7.10 Trends in de hulpvraag 1997-2007

In 2007 komt in ongeveer 8 op 10 van de **DrugLijncontacten** een middel aan bod. Gebruikers en ex-gebruikers vertegenwoordigen 28% van alle bellers en mailers.
Bij De DrugLijn gaan de meeste vragen waarin een illegaal middel ter sprake komt over cannabis. Sinds 2000 blijft het percentage vragen over cannabis ongewijzigd. Vragen over cocaïne en amfetamines komen respectievelijk op de tweede en derde plaats. Het percentage contacten over cocaïne stijgt tussen 2000 en 2007 maar blijft de laatste drie jaar op hetzelfde peil. Het percentage contacten over amfetamines is gedaald. Heroïne, XTC en methadon/ buprenorfine komen in minder DrugLijncontacten aan bod. Het percentage contacten over heroïne en methadon/ buprenorfine neemt tussen 2000 en 2007 wel toe terwijl er minder en minder vragen waren over XTC.

Bekeken op het geheel van de vragen krijgt De DrugLijn weinig vragen over andere middelen zoals LSD, GHB, ketamine, paddenstoelen en vluchtige snuifmiddelen (tussen 0,4% en 2%). Wel is het aantal vragen over deze andere middelen tussen 2000 en 2007 meer dan verdubbeld. Sinds 2005 is er ieder jaar een constant aantal vragen over ketamine.

1% van de Nederlandstalige oproepen bij het **Antigifcentrum** gaan over middelenmisbruik. Cannabis, XTC en GHB worden het vaakst genoemd.

Er zijn voor België/Vlaanderen geen gegevens bekend over de mate waarin **huisartsen** patiënten zien met een problematiek die te maken heeft met gebruik van illegale middelen.

3% van de onthaalde cliënten bij de **CAW** heeft een verslavingsprobleem. Dat percentage blijft tussen 2004 en 2007 gelijk.
Het totaal aantal cliënten dat bij de CAW **onthaald** wordt en waarbij als problematiek een verslavingsprobleem wordt geregistreerd is tussen 2004 en 2007 afgenomen van 3.761 naar 2.954.
Meestal wordt in de CAW registratie niet genoteerd op welk middel de verslaving betrekking heeft. In 2007 is heroïneverslaving de belangrijke verslavingsproblematiek. Op de tweede plaats komt cannabisverslaving. Vervolgens worden ook verslaving aan cocaïne, amfetamine of methadon genoemd.
Tussen 2004 en 2007 is er een toename in het percentage cliënten met een verslavingsprobleem omwille van amfetamines en heroïne. Voor de andere middelen, en in het bijzonder voor cannabis, zijn er in 2007 minder onthaalde cliënten dan in 2004.
5% à 6% van het aantal cliënten in **begeleiding** bij de CAW heeft een verslavingsprobleem. Tussen 2004 en 2007 is het aantal cliënten met een verslavingsproblematiek in begeleiding gedaald van 2.162 naar 1.697.
Ook voor de begeleide cliënten wordt er meestal niet geregistreerd op welk middel de verslaving betrekking heeft. In 2007 komt heroïneverslaving het vaakst voor, gevolgd door cannabisverslaving, amfetamineverslaving, cocaïneverslaving en methadonverslaving.
Het percentage begeleide cliënten met een verslavingsprobleem aan amfetamines is tussen 2004 en 2007 verviervoudigd. In 2007 zijn er bovendien drie keer zoveel begeleide cliënten die met een verslavingsprobleem in verband met methadon vergeleken met 2004. Het aandeel van de begeleide cliënten waarbij cannabis, cocaïne of heroïne een rol speelt in het verslavingsprobleem verdubbelt tussen 2004 en 2007.
Cliënten waarbij een cannabisverslaving geregistreerd wordt zijn hoofdzakelijk tussen 18 en 25 jaar oud. Het aantal cliënten uit die leeftijdsgroep is tussen 2004 en 2007 toegenomen. Het percentage minderjarigen met een cannabisverslaving blijft constant.

3% van alle zorgperiodes in de **CGG** in 2007 heeft betrekking op een persoon waarbij de diagnose stoornis gebonden aan illegale middelen is gesteld (1.654 zorgperiodes). In de helft van de gevallen heeft de stoornis te maken met cannabisgebruik, in een vijfde van de gevallen met amfetaminegebruik. Ruim 1 op 10

zorgperiodes heeft te maken met een stoornis gebonden aan cocaïne of opiaten.
In de periode 2003-2007 blijft het aandeel van de stoornissen gebonden aan cannabis, amfetamines of hallucinogenen op het totaal zorgperiodes voor een stoornis gebonden een illegaal middel gelijk.
Het percentage zorgperiodes voor stoornissen in verband met cocaïnegebruik steeg tussen 2003 en 2007 terwijl het percentage zorgperiodes voor stoornissen in verband met heroïnegebruik licht afnam.
Cliënten in behandeling voor een aan cannabis gebonden stoornis zijn het jongst: 6 op 10 is jonger dan 25 jaar. De leeftijd van cliënten met een cannabisproblematiek is tussen 2003 en 2007 toegenomen.
4 op 10 cliënten in behandeling voor een aan amfetamines gebonden stoornis is jonger dan 25 jaar. De leeftijd van cliënten met een amfetamineproblematiek is tussen 2003 en 2007 toegenomen.
Cliënten die beroep doen op de CGG voor een stoornis gebonden aan cocaïne of heroïne zijn ouder. 3 op 10 van de cocaïnegebruikers die in 2007 in behandeling zijn in een CGG is tussen 25 en 29 jaar. Deze leeftijdsgroep is tussen 2003 en 2007 gestegen. 55% van de opiaatgebruikers in behandeling is 30 jaar of ouder. Het percentage jonge opiaatgebruikers (jonger dan 25 jaar) in behandeling in de CGG is over de periode 2003-2007 toegenomen. De groep 45-plussers verdubbelt in de periode 2003-2007.
In de CGG zijn in de periode 2003-2007 telkens meer mannen dan vrouwen in behandeling voor stoornissen gebonden aan illegale middelen. De man/vrouw verhouding is 8/2 voor cannabis, cocaïne, opiaten en hallucinogenen en 7/3 voor amfetamines.

Onderzoek op de **spoedgevallendienst** van het universitair ziekenhuis van **Gent** geeft aan dat in 2003 13% van de patiënten waarbij de spoedopname gerelateerd is aan middelengebruik, illegale drugs gebruiken. Het gaat om 28 patiënten waarvan er 18 een combinatie van illegale middelen hebben genomen.
14% van de patiënten waarbij de spoedopname gerelateerd is aan middelengebruik combineren alcohol met illegale drugs.

In 2006 zijn in **Vlaanderen** 261 opnames gebeurd via de **spoeddiensten** van de algemene ziekenhuizen waarbij als hoofddiagnose afhankelijkheid wordt geregistreerd. Tegenover 2002 is dat een daling van 19%. Meestal gaat het om afhankelijkheid aan opiaten (34%). Vaak wordt het middel niet of anders gespecificeerd of gaat het om een combinatie van middelen (34%).
De grootste groep is tussen 21 en 30 jaar. Voor cannabis- of amfetamineafhankelijkheid is 7 op 10 van de patiënten 30 jaar of jonger.
In 2006 zijn in Vlaanderen 257 opnames gebeurd via de spoeddiensten van de algemene ziekenhuizen waarbij als hoofddiagnose misbruik wordt geregistreerd. Tegenover 2002 blijft het aantal hetzelfde. In bijna de helft van de gevallen gaat het om misbruik van een combinatie van middelen, een ander middel of is het middel niet gespecificeerd. In 16% van de gevallen gaat het om misbruik van cannabis.
Patiënten opgenomen voor de hoofddiagnose amfetaminemisbruik zijn het

jongst: 80% is 25 jaar of jonger. 65% van de patiënten opgenomen voor de hoofddiagnose cannabismisbruik is 25 jaar of jonger. Patiënten opgenomen voor de hoofddiagnose misbruik van opiaten zijn doorgaans ouder: 24% is ouder dan 40 jaar. Van de patiënten die zijn opgenomen voor cocaïnemisbruik is een derde tussen 26 en 35 jaar.

In 2006 is voor 1.417 **ziekenhuisopnames in België** de hoofddiagnose gerelateerd aan misbruik of afhankelijkheid van illegale drugs. Voor 12.101 ziekenhuisopnames is de nevendiagnose gerelateerd aan misbruik of afhankelijkheid van illegale drugs.

Afhankelijkheid van een middel wordt in 2006 vaker als **hoofddiagnose** aangeduid bij opnames in algemene ziekenhuizen dan misbruik. In 2006 krijgen in totaal 807 ziekenhuisopnames de hoofddiagnose afhankelijkheid mee. Dat betekent 0,3 op 1.000 ziekenhuisopnames. In 32% van de gevallen betreft het afhankelijkheid van opiaten. Vaak gaat het echter om afhankelijkheid aan een combinatie van middelen of wordt geen middel geregistreerd. Vooral in het aantal ziekenhuisopnames voor cannabisafhankelijkheid is een stijgende tendens te merken in de periode 1999-2006.

In 2006 wordt voor in totaal 610 ziekenhuisopnames de **hoofddiagnose misbruik** van drugs geregistreerd. Dat is 0,2 op 1.000 ziekenhuisopnames. Bij 49% van de ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose drugsmisbruik wordt niet geregistreerd om welk middel het gaat of gaat het om een combinatie van verschillende middelen. Vervolgens komen opiaatmisbruik (14%), cocaïnemisbruik (13%) en cannabismisbruik (12%) het vaakst voor.

Tussen 1999 en 2006 zijn de ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose cocaïne-, cannabis- of amfetaminemisbruik gestegen.

Ook bij de **nevendiagnoses** komt **afhankelijkheid** aan een middel vaker voor dan misbruik. In 2006 krijgen in totaal 7.567 ziekenhuisopnames de nevendiagnose afhankelijkheid mee. Dat is 2,4 op 1.000 ziekenhuisopnames. In 40% van de gevallen betreft het afhankelijkheid van opiaten, bij 19% gaat het om cannabisafhankelijkheid.

Tussen 1999 en 2006 is vooral het aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose cannabisafhankelijkheid gestegen.

In 2006 wordt voor in totaal 4.534 ziekenhuisopnames de **nevendiagnose misbruik** van drugs geregistreerd. Dat is 1,4 op 1.000 ziekenhuisopnames. In de helft van de ziekenhuisopnames wordt niet geregistreerd om welk specifiek middel het gaat of gaat het om een combinatie van verschillende middelen. Vervolgens komen cannabismisbruik (26%) en cocaïnemisbruik (10%) het vaakst voor. Tussen 1999 en 2006 is vooral het aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose misbruik van cannabis gestegen.

Tussen 1999 en 2006 is het aantal geregistreerde **procedures** bij misbruik of afhankelijkheid van drugs als hoofddiagnose in de ziekenhuizen gestegen van 415 naar 1.013. Meestal gaat het om detoxificatie of om de combinatie revalidatie en detoxificatie.

In 2006 zijn in België 121.983 **psychiatrische opnames** geregistreerd. Daarvan hebben 6.058 opnames betrekking op de hoofddiagnose drugsmisbruik of

afhankelijkheid. Afhankelijkheid aan een middel wordt in psychiatrische ziekenhuizen vaker als hoofddiagnose aangeduid dan misbruik.
In 2006 zijn 295 psychiatrische opnames voor **misbruik** van cannabis (42%). Op de tweede plaats komen opnames voor misbruik van cocaïne (n = 165) (23%).
In de periode 1999-2006 is het aantal opnames voor cannabismisbruik meer dan verdubbeld en is het aantal psychiatrische opnames voor cocaïnemisbruik met 91% gestegen.
Voor cannabismisbruik zijn in 2006 76% mannen en 24% vrouwen opgenomen. In de periode 1999-2006 is het percentage vrouwen opgenomen voor cannabismisbruik met 10% toegenomen. De patiënten met hoofddiagnose cannabismisbruik zijn grotendeels tussen 20 en 29 jaar (52%). Een vijfde is 19 jaar of jonger en 21% is tussen 30 en 39 jaar.
In 2006 zijn 1.737 psychiatrische opnames voor **afhankelijkheid** van opiaten geregistreerd (61%). In 2006 zijn bijna evenveel psychiatrische opnames voor afhankelijkheid van cannabis (n = 432) (15%) en cocaïne (n = 426) (15%).
In de periode 1999-2006 is het aantal psychiatrische opnames voor afhankelijkheid voor alle middelen behalve voor hallucinogenen toegenomen.
Voor opiaatafhankelijkheid zijn in 2006 75% mannen en 25% vrouwen opgenomen. Over de jaren heen blijft de sekseverdeling gelijk. Als de leeftijdsverdeling van de patiënten met hoofddiagnose opiaatafhankelijkheid wordt bekeken dan blijkt dat de grootste groep tussen 20 en 29 jaar is (43%).

Tussen 1997 en 2007 zijn 30.295 nieuwe behandelingen geregistreerd in **gespecialiseerde revalidatiecentra voor drugverslaafden erkend door het RIZIV**. In 2007 zijn 3.809 nieuwe behandelingen gestart (waarvoor het middel gekend is). Het totaal aantal jaarlijks geregistreerde behandelingen is tussen 1999 en 2007 met 21% gestegen.
De meeste cliënten gebruiken verschillende middelen. 4 op 10 cliënten is in behandeling voor opiaten als voornaamste middel. Een vijfde van de cliënten wordt behandeld voor cannabis als voornaamste middel. 17% gebruikt cocaïne als voornaamste middel, 14% amfetamines.
Tussen 2003 en 2007 zijn er minder behandelingen voor opiaten als voornaamste middel maar meer voor amfetamines, cocaïne en cannabis.
In de helft van de nieuwe behandelingen waarbij een tweede middel wordt opgegeven zijn stimulantia het tweede middel. Cannabis komt op de tweede plaats. In de periode 1999-2007 worden amfetamines minder en opiaten meer als tweede middel gebruikt.
4 op 10 behandelingen vindt plaats in ambulante dagcentra, 3 op 10 in MSOC en ongeveer 1 op 4 in crisiscentra. 6% van de behandelingen gebeurt in residentiële behandelingscentra.
Tussen 1999 en 2007 zijn er meer behandelingen in dagcentra, maar minder in crisiscentra en residentiële behandelingscentra. Het aantal behandelingen in de MSOC blijft tussen 1999 en 2007 op eenzelfde peil.
Behandeling voor gebruik van opiaten gebeurt vooral in MSOC en crisiscentra. Behandelingen voor cannabis als voornaamste middel komen vooral voor in de dagcentra. Cocaïne- of amfetaminegebruik wordt vaker behandeld in residen-

tiële behandelingscentra en crisiscentra dan in dagcentra of MSOC.
De gemiddelde leeftijd waarop een behandeling wordt gestart is in 2007 27 jaar en 6 maanden. Tussen 1997 en 2007 is de gemiddelde leeftijd van de cliënten bij de start van de behandeling met bijna 2 jaar toegenomen.
8 op 10 personen in behandeling voor gebruik van illegale middelen is man. Tussen 1999 en 2007 is het aandeel vrouwen met 4% gedaald en percentage mannen met 16% gestegen.

Van **spuitenruil** maken vooral mannen gebruik. Tussen 2001 en 2007 neemt het aandeel vrouwen toe.
De meeste gebruikers van spuitenruil zijn ouder dan 30 jaar. Tussen 2001 en 2007 is het percentage gebruikers tussen 31 en 35 jaar afgenomen en het aandeel gebruikers van 35 jaar of ouder gestegen.
Een kwart van de gebruikers leeft in een instabiele leefsituatie en dat aantal is de laatste drie jaar gestegen.
In 2007 heeft bijna de helft van de spuitenruilgebruikers voor het eerst geïnjecteerd als ze 18 jaar of jonger zijn. Dit percentage is tussen 2004 en 2007 iets gestegen.
Heroïne is het meest gebruikte en het meest geïnjecteerde middel. Cannabis wordt minder en minder gebruikt naast heroïne. Amfetamines en tripmiddelen worden daarentegen populairder. Naast heroïne worden hoofdzakelijk cocaïne en amfetamines geïnjecteerd.
46% van de gebruikers deelt injectiemateriaal. Over de jaren heen bekeken neemt dit gedrag alleen maar toe.
Het percentage gebruikers dat op het ogenblik van de bevraging een behandeling volgt is hoger bij de opstart van het spuitenruilproject dan in de laatste drie jaren.

In 2002-2003 hebben 614 van de bevraagde **apothekers** (77%) in België ooit een **methadonpatiënt** als cliënt gehad. 228 Waalse apothekers (29%), 134 Vlaamse apothekers (17%) en 74 Brusselse apothekers (9%) hebben op het moment van het onderzoek een methadonpatiënt in hun praktijk.
Voor 17% van de patiënten is er dagelijkse aflevering van methadon. 10% gebruikt de methadon ter plaatse. In Vlaanderen wordt methadon vooral onder de vorm van siroop verstrekt, in Wallonië en Brussel vooral in capsules.
De gemiddelde leeftijd van de patiënten die door de apothekers geëvalueerd worden is 32 jaar. Vlaanderen telt het meest jonge patiënten van 25 jaar of jonger. Gemiddeld hebben de apothekers al 32 maanden contact met de methadonpatiënten. Een derde van de patiënten heeft minder dan één jaar contact met de apotheker.
Gemiddeld wordt een dosis van 47,2 mg methadon voorgeschreven. In Vlaanderen is de dosis gemiddeld lager dan in de Franstalige gemeenschap.
46% van de methadonpatiënten gebruikt de afgelopen drie maanden heroïne, 29% gebruikt de afgelopen drie maanden cocaïne.
De patiënten zijn gemiddeld op 20,4 jaar heroïne gaan gebruiken. 53% van de patiënten gaat naar een privé huisarts voor hun medische consultatie. In Vlaanderen ziet 36% van de patiënten een arts in het MSOC. In Wallonië komt dat

zeer weinig voor.

Uit de **nationale registratie substitutiebehandeling** blijkt dat in België tussen augustus 2006 en juli 2007 15.292 patiënten een voorschrift krijgen voor methadon, Mephenon® en/of Subutex®.
Het totaal aantal patiënten dat methadon in magistrale bereiding voorgeschreven krijgt neemt tussen 2005 en 2007 met 2% toe. Het aantal patiënten dat een voorschrift voor Subutex® krijgt, is tussen 2005 en 2007 bijna verdubbeld.
De meeste patiënten die methadon in een magistrale bereiding krijgen voorgeschreven zijn tussen 31 en 40 jaar. 15% van de patiënten is jonger dan 25 jaar. Vooral jongere patiënten (25 jaar of jonger) krijgen Subutex® voorgeschreven.
De meeste patiënten krijgen hun voorschrift van de huisarts (71%) of het MSOC (18%). In totaal zijn er 1.984 artsen die een substitutiebehandeling voorschrijven. De meeste artsen hebben in de periode augustus 2006 tot juli 2007 slechts 1 of 2 patiënten in substitutiebehandeling. Het grootste aantal patiënten krijgt nochtans substitutiebehandeling van een arts die 20 of meer patiënten in behandeling heeft.

8 Hoofdstuk 8 Trends in cijfers over illegale drugs 1997-2007. Samenvatting en lacunes

Deze publicatie geeft een overzicht van cijfers over illegale drugs in Vlaanderen/België in de periode 1997-2007. Aan bod komen middelengebruik in de algemene bevolking, onder jongeren en specifieke groepen, de gevolgen van middelengebruik, de hulpvraag en de markteconomische aspecten. Er worden cijfers gebruikt uit bevolkingsonderzoek, registratiegegevens en justitiële databanken. Door data uit verschillende bevragingsmomenten of registratiejaren naast elkaar te zetten worden voor de periode 1997-2007 trends besproken.

Gebruik in de algemene bevolking

Cannabisgebruik komt in de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder het meest voor, al moet er meteen bij gezegd worden dat er geen cijfers op algemeen populatieniveau beschikbaar zijn over het gebruik van opiaten en andere middelen zoals tripmiddelen, GHB of ketamine.
In 2004 heeft 12% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ooit **cannabis** gebruikt, 5% gebruikt het laatste jaar cannabis en 3% de laatste maand. In 2001 zegt 2% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ooit **XTC/amfetamines** te hebben gebruikt. 0,2% gebruikt de laatste 30 dagen XTC/amfetamines. 2% van de Belgische bevolking van 18 jaar en ouder heeft ooit **cocaïne** gebruikt.
Tussen 2001 en 2004 blijft het cannabisgebruik in de Vlaamse bevolking stabiel. Over gebruik van cocaïne en XTC/amfetamines door de algemene bevolking zijn geen trendgegevens beschikbaar.

Gebruik door scholieren

De resultaten van de drie bevragingen over middelengebruik die in Vlaanderen plaatsvinden bij scholieren in het secundair onderwijs, namelijk de VAD-leerlingenbevraging, de HBSC-studie en de ESPAD-studie, zijn niet volledig vergelijkbaar aangezien ze met een andere doelstelling zijn opgezet en een andere methodologie (o.a. andere vragenlijst) volgen. Verder worden in de VAD-leerlingenbevraging en de HBSC-studie leerlingen in het secundair onderwijs bevraagd (11-18 jarigen) terwijl de ESPAD-studie focust op 15-16-jarigen.

Als leerlingen in het secundair onderwijs illegale drugs gebruiken gaat het vooral

om (occasioneel) cannabisgebruik. 20-22%[175] van de leerlingen in het secundair onderwijs heeft ooit cannabis gebruikt. 4% heeft ooit XTC gebruikt, 3% cocaïne, 3% amfetamines, 2% tripmiddelen, 1% heroïne en 1% GHB.

12-17% van de leerlingen in het secundair onderwijs gebruikt het laatste jaar cannabis. 3% van de leerlingen gebruikt minstens wekelijks cannabis. 2% gebruikt het laatste jaar XTC, 1% cocaïne, 1% amfetamines, 1% tripmiddelen, 0,4% GHB en 0,2% heroïne.

11% van de leerlingen in het secundair onderwijs gebruikt gedurende de laatste maand cannabis. 2% gebruikt de laatste maand XTC, 1% cocaïne, 1% tripmiddelen. Gebruik van heroïne in de laatste maand komt nagenoeg niet voor.

De tendens die uit de leerlingenbevragingen naar voor komt is dat het cannabisgebruik (zowel ooit- als laatstejaarsgebruik) bij leerlingen uit het secundair onderwijs tussen 2000 en 2008 is gedaald.
Zowel in de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie is het ooit-gebruik van XTC, amfetamines en tripmiddelen gedaald. Het laatstejaarsgebruik van XTC of amfetamines bleef ongewijzigd, maar het laatstejaarsgebruik van tripmiddelen daalt. Het gebruik van XTC en tripmiddelen tijdens de laatste maand blijft de laatste jaren op hetzelfde peil.
Cocaïnegebruik is volgens de VAD-leerlingenbevraging niet toe- of afgenomen sinds het schooljaar 2000-2001, maar de HBSC-studie meldt een toename in ooit-gebruik en gebruik van cocaïne tijdens de laatste maand tussen 1996 en 2006.
Zowel in de VAD-leerlingenbevraging als de HBSC-studie blijft het heroïnegebruik over de jaren heen stabiel.

Voor alle illegale middelen geldt dat het percentage leerlingen dat ooit of tijdens het laatste jaar drugs gebruikt sterk toeneemt met de leeftijd. De prevalentie en de frequentie van gebruik is met andere woorden het hoogst bij de 17-18-jarigen. Meer jongens dan meisjes gebruiken illegale middelen en zij gebruiken ook frequenter. Gebruik van illegale drugs komt vaker voor bij leerlingen in het BSO en TSO/KSO dan bij leerlingen in het ASO.

GEBRUIK DOOR STUDENTEN IN HET HOGER ONDERWIJS

Een bevraging onder de Antwerpse studentenpopulatie uit de Associatie Universiteit & Hogescholen Antwerpen die in 2005 is uitgevoerd geeft aan dat cannabisgebruik bij Antwerpse studenten het meest voor komt, gevolgd door gebruik van XTC, cocaïne en amfetamines. Gebruik van opiaten en andere middelen zoals tripmiddelen, GHB of ketamine wordt in deze onderzoekspopulatie niet bestudeerd.
47% van de Antwerpse studenten heeft ooit cannabis gebruikt, 7% cocaïne, XTC of amfetamines. 22% van de Antwerpse studenten gebruikt het laatste jaar

[175] Deze range verwijst naar de percentages uit de laatste VAD-leerlingenbevraging en HBSC-studie. Als slechts 1 percentage wordt gegeven is er geen verschil tussen beide onderzoeken of wordt deze indicator in een van de onderzoeken niet bevraagd.

cannabis, 3% cocaïne of XTC en 2% amfetamines.
Op dit moment kunnen nog geen trendgegevens gegeven worden over het gebruik van illegale drugs door studenten.

GEBRUIK DOOR UITGAANDERS

Sinds 2003 zijn er voor Vlaanderen onderzoeksgegevens beschikbaar over het gebruik van illegale drugs door uitgaanders. Cannabisgebruik komt bij uitgaanders het meest voor gevolgd door gebruik van XTC, cocaïne, amfetamines. In 2007 zegt 44% van de uitgaanders dat ze het laatste jaar cannabis gebruikt hebben, 19% XTC, 17% cocaïne en 10% amfetamines. Terwijl het cannabisgebruik tussen 2003 en 2005 fiks is gedaald, blijft het gebruik van XTC en amfetamines ongewijzigd. Het laatstejaarsgebruik van cocaïne is tussen 2003 en 2007 toegenomen van 11% naar 17%.
Heroïnegebruik komt bij uitgaanders zeer weinig voor (1% laatstejaarsgebruik) en blijft in de periode 2003-2007 stabiel.
Het gebruik van andere middelen blijft in uitgaansmiddens eveneens beperkt: 5% van de uitgaanders heeft het afgelopen jaar hallucinogene paddenstoelen of GHB gebruikt, 4% LSD en 3% gebruikt ketamine. De laatste jaren is een toename te zien in het laatstejaarsgebruik van GHB en ketamine.

GEBRUIK DOOR GEDETINEERDEN

Sinds 2000 wordt het middelengebruik in Belgische gevangenissen opgevolgd via een enquête bij een representatieve steekproef van gedetineerden. Uit dit onderzoek blijkt dat gedetineerden ook in de gevangenis illegale drugs gebruiken. Het gaat dan vooral om gebruik van cannabis. In 2006 gebruikt 27% van de gedetineerden tijdens de huidige detentieperiode cannabis, 12% gebruikt heroïne, 9% cocaïne/crack, 7% amfetamines, 5% XTC en 5% gebruikt niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine. 1% van de gedetineerden gebruikt tijdens de huidige detentieperiode LSD of hallucinogene paddenstoelen.
In de periode 2000-2006 is het gebruik van cannabis, amfetamines en XTC tijdens de huidige detentieperiode afgenomen. Gebruik van cocaïne/crack, heroïne en niet-voorgeschreven methadon of buprenorfine is in de periode 2000-2006 vergelijkbaar. Voor gebruik van LSD of hallucinogene paddenstoelen zijn er geen vergelijkbare gegevens met de voorgaande jaren.
Een deel van de gedetineerden maakt kennis met illegale drugs in de gevangenis. Dat doet zich vooral voor met heroïne en cannabis. 6% van de gedetineerden heeft voor het eerst heroïne gebruikt in de gevangenis, 4% gebruikt cannabis voor het eerst in de gevangenis.

GEBRUIK DOOR ERVAREN CANNABISGEBRUIKERS

Onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers in de periode 2002-2003 toont aan dat de gemiddelde leeftijd waarop zij voor het eerst cannabis gebruiken 16,3 jaar is. Regelmatig gebruik start gemiddeld op de leeftijd van 17,7 jaar en de periode waarin het meest cannabis gebruikt wordt start op een gemiddelde leeftijd van 20,1 jaar.

Ervaren cannabisgebruikers gebruiken gemiddeld 7 gram cannabis per maand tijdens het eerste jaar van regelmatig gebruik, 24 gram tijdens de topperiode, 13 gram tijdens het laatste jaar en 13 gram tijdens de laatste 3 maanden voorafgaand aan het onderzoek.

GEBRUIK DOOR ERVAREN COCAÏNEGEBRUIKERS

De gemiddelde leeftijd waarop ervaren cocaïnegebruikers voor het eerst cocaïne gebruiken is 20 jaar, zo blijkt uit onderzoek bij deze groep uitgevoerd in 1997 en 2003. Regelmatig gebruik start gemiddeld op 22,8 jaar. De periode waarin het meest cocaïne gebruikt wordt, vangt aan op een gemiddelde leeftijd van 24,7 jaar.
Ervaren cocaïnegebruikers gebruiken minder dan 0,5 gram per week in het eerste jaar van gebruik en 2,5 gram per week tijdens de topperiode. Snuiven is de meest voorkomende gebruikswijze. Alle ervaren cocaïnegebruikers hebben ooit cannabis gebruikt. 71% gebruikt cannabis tijdens de twee weken voorafgaand aan het onderzoek.

GECOMBINEERD GEBRUIK

In de ESPAD-studie, het VAD-uitgaansonderzoek, het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers en ervaren cocaïnegebruikers is nagegaan of illegale middelen in combinatie met andere illegale middelen of alcohol gebruikt worden.
14% van de 15-16-jarige **scholieren**, bevraagd in de ESPAD-studie, heeft ooit cannabis en alcohol op hetzelfde moment gebruikt.
De meeste **uitgaanders** die middelen gebruiken combineren wel eens illegale drugs met alcohol. De meest genoemde combinatie is alcohol en cannabis. 14% van de uitgaanders combineert meestal alcohol met cocaïne, of alcohol met XTC. De helft combineert verschillende illegale drugs met elkaar. 11% combineert XTC meestal met cannabis.
Van de **ervaren cannabisgebruikers** die ooit cocaïne, crack, XTC, amfetamines of hallucinogenen hebben gebruikt, doet ruim de helft dat vaak of altijd in combinatie met cannabis. 45% van de ervaren cannabisgebruikers die ooit opiaten hebben gebruikt, combineren dit vaak of altijd met cannabis.
40% van de **ervaren cocaïnegebruikers** combineert cocaïne altijd met cannabis. 18% van de ervaren cocaïnegebruikers combineert cocaïne vaak tot altijd met opiaten, 11% met XTC en 5% met amfetamines.

PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN ILLEGALE DRUGS

Hoeveel procent van de bevolking in de problemen komt door gebruik van illegale middelen is op basis van de bestaande data moeilijk te zeggen. Data uit de hulpverlening geven wel een beeld van het aantal en het profiel van personen dat hulp zoekt omwille van problemen met middelengebruik. In de ESPAD-studie, de bevraging van de AUHA-studenten en het onderzoek bij ervaren cannabisgebruikers is bij de respondenten gepolst of ze zelf problemen ervaren met het gebruik van cannabis.
In Vlaanderen is voor 2% van de 15-16-jarige scholieren het cannabisgebruik

problematisch, zo blijkt uit de ESPAD-studie. Zij hebben een score van 4 of hoger op de CAST.
1 op 10 studenten uit het hoger onderwijs in Antwerpen die het laatste jaar cannabis gebruiken, beantwoordt aan 4 of meer DSM-IV-criteria voor cannabisafhankelijkheid.
Ruim een derde van de bevraagde ervaren cannabisgebruikers heeft gedurende de hele gebruikscarrière minstens drie verschijnselen uit de DSM-IV-criteria inzake cannabisafhankelijkheid ondervonden.

In de bevraging van de AUHA-studenten is bij de respondenten eveneens gepolst of ze zelf problemen hebben ervaren met het gebruik van andere illegale drugs dan cannabis. Van de respondenten die het voorgaande jaar XTC, amfetamines of cocaïne hebben gebruikt, wordt 32% gekenmerkt door een verhoogd risico volgens de DAST-10.

STERFTE

Van de overlijdens in Vlaanderen en Brussel waarbij de substantie bekend is, is in de periode 1998-2004 meervoudig druggebruik in 45% van de gevallen de directe oorzaak. Als het middel wordt gespecificeerd gaat het meestal om opiaten (32% van de druggerelateerde overlijdens). Bij 6% van de druggerelateerde doden is cocaïnegebruik de doodsoorzaak en 5% wordt veroorzaakt door andere stimulantia dan cocaïne. Slechts 1% van de druggerelateerde sterfte is te wijten aan gebruik van LSD en andere hallucinogenen, 0,4% aan cannabisgebruik.

In Vlaanderen zijn in de periode 1998-2006 61 personen rechtstreeks overleden als gevolg van het gebruik van opiaten. 23 personen zijn overleden door gebruik van cocaïne en 11 door gebruik van andere stimulantia dan cocaïne. Overlijdens rechtstreeks te wijten aan gebruik van cannabis of hallucinogenen komen nagenoeg niet voor. Omdat amfetamines of XTC niet apart als middel worden genoteerd bij de sterftecijfers is het exact aantal sterfgevallen door gebruik van XTC of amfetamines niet bekend.

Er zijn voor Vlaanderen/België geen data over het gebruik van illegale middelen bij suïcide.

RIJDEN ONDER INVLOED

Rijden onder invloed van illegale drugs is in België strafbaar zodra een substantie kan worden opgespoord in het bloed.
De federale politie heeft in 2007 683 testbatterijen drugs in het verkeer afgenomen, waarmee het aantal tegenover 2003 is verdubbeld. In 2007 zijn nog eens 4.660 testbatterijen drugs, 2.240 urinetesten en 1.015 bloedtesten afgenomen in het kader van het verkeersveiligheidsfonds.
In de periode 2000-2004 zijn 3.324 bloedstalen geanalyseerd. In 2004 is 88% van de 1.220 geanalyseerde bloedstalen positief. Meestal wordt THC aangetroffen (in 40% van de bloedstalen). 6% van het totaal bloedstalen die in de periode 2000-2004 gecontroleerd worden naar aanleiding van rijden onder invloed van drugs bevat cocaïne en 17% bevat benzoylecgonine. 28% van de bloedsta-

len bevat MDMA en 18% amfetamines. In de periode 2000-2004 is het percentage bloedstalen afgenomen naar aanleiding van rijden onder invloed waarin morfine voorkomt toegenomen van 1% naar 7%. Van de andere middelen (hallucinogenen, GHB, ketamine) zijn geen cijfers beschikbaar.
Tussen 2000 en 2004 zijn in totaal 3.810 processen-verbaal opgesteld voor rijden onder invloed van drugs. In de gerechtelijke afhandeling wordt geen rekening gehouden met de aard van het product.

VERKEERS- EN ANDERE ONGEVALLEN

Middelengebruik vergroot in de meeste gevallen de kans op verkeersongevallen. In de periode 2000-2004 zijn 147 **processen-verbaal** opgemaakt voor ongevallen naar aanleiding van rijden onder invloed van drugs. In 48 bloedstalen is THC aangetroffen. In 12 bloedstalen is benzoylecgonine aangetroffen, in 18 MDMA, in 13 amfetamines en in 1 bloedstaal morfine.

Onderzoek in 1995-1996 uitgevoerd op **spoeddiensten** bij slachtoffers van verkeersongevallen toont aan dat 19% drugs en/of geneesmiddelen heeft gebruikt. Bij 6% van de slachtoffers van een verkeersongeval is cannabis aangetroffen, vooral bij personen van 18-24 jaar en bij minderjarigen. 8% heeft opiaten gebruikt, 3% amfetamines, 1% cocaïne en 1% methadon.

Gebruik van drugs komt zeer weinig voor bij **sport-, werk- en verkeersongevallen en ongevallen in de privésfeer** geregistreerd door de huisarts. Er zijn geen data beschikbaar over het type drug.

MISDRIJVEN VASTGESTELD DOOR POLITIE

De federale politie registreert het meest misdrijven in verband met cannabis. In 2007 heeft in Vlaanderen 65% van het totaal aantal **geregistreerde misdrijven** te maken met cannabis, 11% met amfetamines, 10% met cocaïne, 7% met heroïne, 6% met XTC, 2% met GHB, 1% met hallucinogenen en 0,1% met ketamine.
De meeste feiten in verband met cannabis en hallucinogenen gaan om bezit. De meeste feiten in verband met cocaïne betreffen cocaïnegebruik. Voor heroïne, XTC, GHB of amfetamines worden hoofdzakelijk feiten in verband met handel opgetekend. Voor ketamine komen feiten in verband met bezit of handel even vaak voor.
Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met cannabis, cocaïne, heroïne, amfetamines, hallucinogenen is tussen 2004 en 2007 in Vlaanderen toegenomen. Het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met GHB en ketamine is in Vlaanderen tussen 2004 en 2007 bijna verdubbeld. Tussen 2004 en 2007 is in Vlaanderen het aantal geregistreerde criminele feiten in verband met XTC gedaald.

Uit een onderzoek van 1.089 **politionele dossiers** uit 2004 en 2005 van 10 onderzoekslocaties blijkt dat 14% van de geanalyseerde dossiers druggerelateerd is. Cannabis komt als middel het meest voor in de bestudeerde dossiers (30%) van de verdachten, gevolgd door heroïne (23%) en de combinatie cannabis en

heroïne. Amfetamine (6%) en cocaïne (4%) komen minder voor. XTC komt enkel in combinatie met cannabis voor (3%). Hallucinogenen komen nagenoeg niet in de dossiers voor.

DRUGGEBRUIKERS GEREGISTREERD DOOR HET PARKET

Bij de **parketten van de rechtbanken van eerste aanleg** komen in 2007 39.058 strafzaken binnen in verband met drugs en doping (6% van de totale instroom) en worden 38.283 strafzaken in verband met drugs en doping afgesloten (5% van de totale uitstroom). Zowel de instroom als de uitstroom van strafzaken in verband met drugs en doping is tegenover 2003 met 11% gestegen. De jaarlijkse stock van strafzaken in verband met drugs en doping stijgt tussen 2003 en 2005, maar neemt nadien af. In 2007 zijn er 12.705 hangende zaken in verband met drugs en doping (5% van de totale stock).

Uit een **registratieonderzoek** bij druggebruikers geverbaliseerd door de **parketten** van Vlaanderen en Brussel blijkt dat cannabis het meest gebruikt wordt door de geregistreerde druggebruikers. 62% van de geregistreerde geverbaliseerde druggebruikers gebruikt cannabis. 15% gebruikt heroïne, 12% cocaïne, 11% amfetamines, 9% XTC en 0,3% LSD of hallucinogenen.
Over de periode 1997-2007 is het aantal geverbaliseerde druggebruikers dat cannabis gebruikt gehalveerd. Het aantal druggebruikers dat cocaïne gebruikt daalt in de periode 1997-2005, maar neemt vanaf 2005 toe. Tussen 1997 en 2001 stijgt het aantal XTC-gebruikers dat bij de parketten geregistreerd wordt. Nadien neemt het aantal jaar na jaar af. Over heel de periode 1997-2007 is het aantal geregistreerde amfetaminegebruikers bij de parketten fors gedaald evenals het aantal gebruikers van LSD of hallucinogenen. Over de periode 1997-2007 stijgt het aantal druggebruikers dat heroïne gebruikt.

JEUGDPARKET

In 2005 zijn bij de jeugdparketten 5.177 misdrijven aangemeld in verband met bezit, gebruik en verkoop van verdovende middelen. Het gaat om 11% van het totaal aantal als misdrijf omschreven feiten. 70% gaat over bezit en het gebruik van softdrugs.

VEROORDELINGEN

Van de **veroordelingen** voor drugsmisdrijven zijn geen middelspecifieke gegevens beschikbaar. In 2006 gebeuren in België in totaal 5.552 veroordelingen voor een misdrijf in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische en gifstoffen. Dat is 4% van het totaal aantal veroordelingen in 2006. In de meeste gevallen betreft de veroordeling de handel in verdovende middelen (3.853 veroordelingen in 2006).
Tussen 1996 en 2006 is het aantal veroordelingen voor misdrijven in verband met verdovende middelen, slaapmiddelen, psychotropische en gifstoffen met 27% gedaald. Het aantal veroordelingen voor handel in verdovende middelen is tussen 1996 en 2006 met 16% afgenomen.

ALTERNATIEVE MAATREGEL OF SANCTIE

Van de gerechtelijke dossiers die in 1999 en 2001 zijn opgestart van personen aan wie een alternatieve maatregel of sanctie is opgelegd, heeft 55% betrekking op gebruik van cannabis, 41% op gebruik van heroïne, 31% op gebruik van amfetamines, 29% op gebruik van cocaïne, 28% op gebruik van XTC en 6% op gebruik van hallucinogenen.

ZELFGERAPPORTEERDE CRIMINALITEIT

Onderzoek naar zelfgerapporteerde criminaliteit bij 204 druggebruikers en 127 justitiecliënten wijst uit dat 69% van de bevraagde druggebruikers het laatste jaar minstens een keer per week cannabis gebruikt, 32% heroïne en 26% cocaïne. De bevraging van de justitiecliënten wijst uit dat 28% het laatste jaar minstens een keer per week cannabis gebruikt, 13% heroïne en 16% cocaïne.
44% van de druggebruikers heeft het afgelopen jaar een eigendomsdelict gepleegd. Gebruikers die minstens een keer per week heroïne of cocaïne gebruiken plegen meer eigendomsdelicten vergeleken met gebruikers die niet minstens een keer per week heroïne of cocaïne gebruiken.
24% van de druggebruikers heeft het afgelopen jaar een geweldsdelict gepleegd. Gebruikers die minstens een keer per week cocaïne gebruiken of cannabis en een ander middel, plegen meer geweldsdelicten vergeleken met gebruikers die dit niet doen.
Bij 3% van de druggebruikers is er het afgelopen jaar sprake van prostitutie. Voor de vrouwen geldt dat 23% zich al ooit heeft geprostitueerd en bij 11% (n = 6) komt prostitutie het afgelopen jaar voor. De meeste vrouwen gebruiken heroïne.
31% van de druggebruikers heeft het afgelopen jaar gedeald. Gebruikers die het afgelopen jaar minstens een keer per week cannabis gebruiken, hebben meer gedeald vergeleken met gebruikers die dat niet doen.

HULPVRAAG BIJ GEBRUIK ILLEGALE DRUGS

In 2007 komt in ongeveer 8 op 10 van de **DrugLijncontacten** een middel aan bod. Gebruikers en ex-gebruikers vertegenwoordigen 28% van alle bellers en mailers.
Bij De DrugLijn gaan de meeste vragen waarin een illegaal middel ter sprake komt over cannabis. Sinds 2000 blijft het percentage vragen over cannabis ongewijzigd. Vragen over cocaïne en amfetamines komen respectievelijk op de tweede en derde plaats. Het percentage contacten over cocaïne stijgt tussen 2000 en 2007, maar blijft de laatste drie jaar op hetzelfde peil. Het percentage contacten over amfetamines is gedaald. Heroïne, XTC en methadon/ buprenorfine komen in minder DrugLijncontacten aan bod. Het percentage contacten over heroïne en methadon/ buprenorfine neemt tussen 2000 en 2007 wel toe terwijl er minder en minder vragen zijn over XTC.
Bekeken op het geheel van de vragen krijgt De DrugLijn weinig vragen over andere middelen zoals LSD, GHB, ketamine, paddenstoelen en vluchtige snuifmiddelen (tussen 0,4% en 2%). Wel is het aantal vragen over deze andere mid-

delen tussen 2000 en 2007 meer dan verdubbeld. Sinds 2005 is er ieder jaar een constant aantal vragen over ketamine.

1% van de Nederlandstalige oproepen bij het **Antigifcentrum** gaan over middelenmisbruik. Cannabis, XTC en GHB worden het vaakst genoemd.

Er zijn voor België/Vlaanderen geen gegevens bekend over de mate waarin **huisartsen** patiënten zien met een problematiek die te maken heeft met gebruik van illegale middelen.

3% van de onthaalde cliënten bij de **CAW** heeft een verslavingsprobleem. Dat percentage is tussen 2004 en 2007 gelijk gebleven. Het totaal aantal cliënten dat bij de CAW **onthaald** wordt en waarbij als problematiek een verslavingsprobleem wordt geregistreerd is tussen 2004 en 2007 afgenomen van 3.761 naar 2.954. Meestal wordt niet geregistreerd op welk middel de verslaving betrekking heeft. In 2007 is heroïneverslaving de belangrijke verslavingsproblematiek. Op de tweede plaats komt cannabisverslaving.
5% à 6% van het aantal cliënten in **begeleiding** bij de CAW heeft een verslavingsprobleem. Tussen 2004 en 2007 is het aantal cliënten met een verslavingsproblematiek in begeleiding gedaald van 2.162 naar 1.697. In 2007 komt heroïneverslaving het vaakst voor.

3% van alle zorgperiodes in de **CGG** in 2007 heeft betrekking op een persoon waarbij de diagnose stoornis gebonden aan illegale middelen is gesteld (1.654 zorgperiodes). In de helft van de gevallen heeft de stoornis te maken met cannabisgebruik, in een vijfde van de gevallen met amfetaminegebruik. Ruim 1 op 10 zorgperiodes heeft te maken met een stoornis gebonden aan cocaïne of opiaten.
In de periode 2003-2007 blijft het aandeel van de stoornissen gebonden aan cannabis, amfetamines of hallucinogenen op het totaal aantal zorgperiodes voor een stoornis gebonden een illegaal middel gelijk.
Het percentage zorgperiodes voor stoornissen in verband met cocaïnegebruik stijgt tussen 2003 en 2007, terwijl het percentage zorgperiodes voor stoornissen in verband met heroïnegebruik licht afneemt.

Onderzoek op de **spoedgevallendienst** van het universitair ziekenhuis van **Gent** geeft aan dat in 2003 13% van de patiënten waarbij de spoedopname gerelateerd is aan middelengebruik, illegale drugs gebruikt. Het gaat om 28 patiënten waarvan er 18 een combinatie van illegale middelen hebben genomen.

In 2006 zijn er in **Vlaanderen** 261 opnames gebeurd via de **spoeddiensten** van de algemene ziekenhuizen, waarbij als hoofddiagnose afhankelijkheid wordt geregistreerd. Tegenover 2002 is dat een daling van 19%. Meestal gaat het om afhankelijkheid aan opiaten (34%). Vaak wordt het middel niet of anders gespecificeerd of gaat het om een combinatie van middelen (34%).
In 2006 zijn er in Vlaanderen 257 opnames gebeurd via de spoeddiensten van de algemene ziekenhuizen, waarbij als hoofddiagnose misbruik wordt geregistreerd. Tegenover 2002 blijft het aantal hetzelfde. In bijna de helft van de gevallen gaat het om misbruik van een combinatie van middelen, een ander middel of is het middel niet gespecificeerd. In 16% van de gevallen gaat het om mis-

bruik van cannabis.

In 2006 is voor 1.417 **ziekenhuisopnames** in **België** de hoofddiagnose gerelateerd aan misbruik of afhankelijkheid van illegale drugs. Voor 12.101 ziekenhuisopnames is de nevendiagnose gerelateerd aan misbruik of afhankelijkheid van illegale drugs.
Afhankelijkheid van een middel wordt in 2006 vaker als hoofddiagnose aangeduid bij opnames in algemene ziekenhuizen dan misbruik. In 2006 krijgen in totaal 807 ziekenhuisopnames de hoofddiagnose afhankelijkheid mee. Dat betekent 0,3 op 1.000 ziekenhuisopnames. In 32% van de gevallen betreft het afhankelijkheid van opiaten. Vaak gaat het echter om afhankelijkheid aan een combinatie van middelen of wordt geen middel geregistreerd. Vooral in het aantal ziekenhuisopnames voor cannabisafhankelijkheid is een stijgende tendens te merken in de periode 1999-2006.
In 2006 wordt voor in totaal 610 ziekenhuisopnames de hoofddiagnose misbruik van drugs geregistreerd. Dat is 0,2 op 1.000 ziekenhuisopnames. Bij 49% van de ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose drugsmisbruik wordt niet geregistreerd om welk middel het gaat of gaat het om een combinatie van verschillende middelen. Vervolgens komen opiaatmisbruik (14%), cocaïnemisbruik (13%) en cannabismisbruik (12%) het vaakst voor.
Tussen 1999 en 2006 zijn de ziekenhuisopnames met als hoofddiagnose cocaïne-, cannabis- of amfetaminemisbruik gestegen.
Ook bij de nevendiagnoses komt afhankelijkheid aan een middel vaker voor dan misbruik. In 2006 krijgen in totaal 7.567 ziekenhuisopnames de nevendiagnose afhankelijkheid mee. Dat is 2,4 op 1.000 ziekenhuisopnames. In 40% van de gevallen betreft het afhankelijkheid van opiaten, bij 19% gaat het om cannabisafhankelijkheid.
Tussen 1999 en 2006 is vooral het aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose cannabisafhankelijkheid gestegen.
In 2006 wordt voor in totaal 4.534 ziekenhuisopnames de **nevendiagnose misbruik** van drugs geregistreerd. Dat is 1,4 op 1.000 ziekenhuisopnames. In de helft van de ziekenhuisopnames wordt niet geregistreerd om welk specifiek middel het gaat of gaat het om een combinatie van verschillende middelen. Vervolgens komen cannabismisbruik (26%) en cocaïnemisbruik (10%) het vaakst voor. Tussen 1999 en 2006 is vooral het aantal ziekenhuisopnames met als nevendiagnose misbruik van cannabis gestegen.

In 2006 zijn in België 121.983 **psychiatrische opnames** geregistreerd. Daarvan hebben 6.058 opnames (5%) betrekking op de hoofddiagnose drugsmisbruik of -afhankelijkheid. Afhankelijkheid van een middel wordt bij psychiatrische opnames vaker als hoofddiagnose aangeduid dan misbruik.
In 2006 zijn er 295 psychiatrische opnames voor **misbruik** van cannabis (42%). Op de tweede plaats komen opnames voor misbruik van cocaïne (23%).
In de periode 1999-2006 is het aantal opnames voor cannabismisbruik meer dan verdubbeld en is het aantal psychiatrische opnames voor cocaïnemisbruik met 91% gestegen.

In 2006 zijn er 1.737 psychiatrische opnames voor **afhankelijkheid** van opia-

ten geregistreerd (61%). In 2006 zijn er bijna evenveel psychiatrische opnames voor afhankelijkheid van cannabis als cocaïne (15%).
In de periode 1999-2006 is het aantal psychiatrische opnames voor afhankelijkheid voor alle middelen behalve voor hallucinogenen toegenomen.

Tussen 1997 en 2007 zijn 30.295 nieuwe behandelingen geregistreerd in **gespecialiseerde revalidatiecentra voor drugverslaafden erkend door het RIZIV**. In 2007 zijn 3.809 nieuwe behandelingen gestart (waarvoor het middel gekend is). Het totaal aantal jaarlijks geregistreerde behandelingen is tussen 1999 en 2007 met 21% gestegen.
De meeste cliënten gebruiken verschillende middelen. 40% van de cliënten is in behandeling voor opiaten als voornaamste middel, 22% voor cannabis. 17% gebruikt cocaïne als voornaamste middel en 14% amfetamines.
Tussen 2003 en 2007 zijn er minder behandelingen voor opiaten als voornaamste middel, maar meer voor amfetamines, cocaïne en cannabis.
In de helft (51%) van de nieuwe behandelingen waarbij een tweede middel wordt opgegeven zijn stimulantia het tweede middel. Cannabis komt op de tweede plaats (18%). In de periode 1999-2007 worden amfetamines minder en opiaten meer als tweede middel gebruikt. 41% van de behandelingen vindt plaats in ambulante dagcentra, 30% in MSOC en 23% in crisiscentra. 6% van de behandelingen gebeurt in residentiële behandelingscentra. Tussen 1999 en 2007 zijn er meer behandelingen in dagcentra, maar minder in crisiscentra en residentiële behandelingscentra. Het aantal behandelingen in de MSOC blijft tussen 1999 en 2007 op eenzelfde peil.
Behandeling voor gebruik van opiaten gebeurt vooral in MSOC en crisiscentra. Behandelingen voor cannabis als voornaamste middel komen vooral voor in de dagcentra. Cocaïne- of amfetaminegebruik wordt vaker behandeld in residentiële behandelingscentra en crisiscentra dan in dagcentra of MSOC.

Voor de gebruikers van **spuitenruil** is heroïne het meest gebruikte en het meest geïnjecteerde middel. Cannabis wordt minder en minder gebruikt naast heroïne. Amfetamines en tripmiddelen worden daarentegen populairder. Naast heroïne worden hoofdzakelijk cocaïne en amfetamines geïnjecteerd.
46% van de gebruikers deelt injectiemateriaal. Over de jaren heen bekeken neemt dit gedrag alleen maar toe.
In 2007 zegt bijna de helft van de spuitenruilgebruikers dat ze voor het eerst injecteren als ze 18 jaar of jonger zijn. Dit percentage is tussen 2004 en 2007 iets gestegen.
Het percentage gebruikers dat op het ogenblik van de bevraging een behandeling volgt, is de laatste drie jaar lager dan bij de opstart van het spuitenruilproject.

In 2002-2003 hebben 614 van de bevraagde **apothekers** (77%) in België ooit een **methadonpatiënt** als cliënt gehad. 228 Waalse apothekers (29%), 134 Vlaamse apothekers (17%) en 74 Brusselse apothekers (9%) hebben op het moment van het onderzoek een methadonpatiënt in hun praktijk.

Uit de **nationale registratie substitutiebehandeling** blijkt dat in België tus-

sen augustus 2006 en juli 2007 15.292 patiënten een voorschrift krijgen voor methadon, Mephenon® en/of Subutex®.
Het totaal aantal patiënten dat methadon in magistrale bereiding voorgeschreven krijgt neemt tussen 2005 en 2007 met 2% toe. Het aantal patiënten dat een voorschrift voor Subutex® krijgt, is tussen 2005 en 2007 bijna verdubbeld.
De meeste patiënten die methadon in een magistrale bereiding krijgen voorgeschreven zijn tussen 31 en 40 jaar. 15% van de patiënten is jonger dan 25 jaar. Subutex® wordt vooral aan jongere patiënten (25 jaar of jonger) voorgeschreven.
De meeste patiënten krijgen hun voorschrift van de huisarts (71%) of het MSOC (18%). In totaal zijn er 1.984 artsen die een substitutiebehandeling voorschrijven. De meeste artsen hebben in de periode augustus 2006 tot juli 2007 slechts 1 of 2 patiënten in substitutiebehandeling. Het grootste aantal patiënten krijgt echter substitutiebehandeling van een arts die 20 of meer patiënten in behandeling heeft.

Drugvangsten

Cannabis wordt het meest in beslag genomen. 69% van het totaal aantal drugvangsten in 2007 betreft cannabis. In 10% van de drugvangsten wordt cocaïne in beslag genomen, in 8% heroïne, in 7% amfetamines en in 5% XTC. 1% van het totaal aantal inbeslagnames betreft GHB, slechts 0,1% betreft ketamine. LSD wordt bijna niet in beslag genomen.
Sinds 2005 is er een forse toename merkbaar in het aantal inbeslagnames van cannabis, terwijl er sinds 2005 ieder jaar minder inbeslagnames van XTC zijn. Tussen 1998 en 2007 is het aantal inbeslagnames van heroïne en van amfetamines verdubbeld. Het aantal inbeslagnames van cocaïne is in dezelfde periode verviervoudigd.

Prijs

In 2007 kost een XTC tablet gemiddeld 4 EUR. Een gram marihuana kost 5 EUR, een gram hasj 6 EUR, een dosis LSD 8 EUR, een gram amfetamine 10 EUR, een flügelflesje GHB 15 EUR, een gram bruine heroïne 23 EUR, een gram ketamine 32 EUR en een gram cocaïne 45 EUR.
De gemiddelde prijs voor cannabis neemt tussen 1997 en 2007 toe, maar sinds 2003 blijft de prijs redelijk stabiel. De prijs voor LSD blijft in de periode 1997-2007 stabiel.
De gemiddelde prijs van cocaïne, heroïne en van XTC is de laatste 10 jaar gedaald. De daling is het sterkst voor cocaïne. De gemiddelde prijs voor amfetamines is tussen 1999 en 2007 met 1 EUR toegenomen.

Zuiverheid

In België bedraagt in 2006 het gemiddelde percentage THC in marihuana 7% en in hasj 8%. Voor de periode 2000-2006 daalt de sterkte van marihuana, maar stijgt het gemiddelde THC gehalte van hasj. Tussen 2000 en 2006 is de gemiddelde zuiverheid van cocaïne die in België in beslag wordt genomen afge-

nomen. In 2006 bevatten de gecontroleerde cocaïnestalen gemiddeld 53% cocaïne. Ook de gemiddelde zuiverheid van amfetamines die in België in beslag worden genomen, is in de periode 1999 en 2006 verminderd. Voor XTC is pas vanaf 2005 informatie over de zuiverheid beschikbaar. In 2005 zijn de geanalyseerde XTC tabletten zuiverder dan in 2006. Tussen 2003 en 2006 is de gemiddelde zuiverheid van heroïne die in België in beslag wordt genomen, toegenomen van 19% naar 30%. Over de zuiverheid van andere middelen (tripmiddelen, GHB, ketamine) zijn geen gegevens voorhanden.

CANNABISTEELT

Er is niet bekend hoeveel mensen zelf cannabis telen. Uit onderzoek bij cannabistelers in 2006 blijkt dat het gemiddeld aantal succesvolle oogsten per jaar per respondent 4,1 bedraagt. 58% van de cannabistelers kweekt buiten en 55% binnen. De binnentelers halen gemiddeld 48,8 gram uit 1 plant, de buitentelers 63,7 gram. 32% van de cannabistelers heeft ooit zelfgeteelde cannabis verkocht.

COCAÏNEGEBRUIK GEMETEN IN AFVALWATER

Op basis van een analyse van het afvalwater in België is berekend dat in het weekend gemiddeld 1,41 gram cocaïne per dag per 1.000 inwoners van 15-45 jaar wordt gebruikt. In de week is dat 1,03 gram per dag.

LACUNES

Op dit moment zijn enkel minimale recente gegevens beschikbaar over het gebruik van cannabis op het niveau van de **volwassen bevolking** (15-64 jaar). Bevolkingsonderzoek dat regelmatig wordt herhaald en waarin het gebruik van verschillende middelen diepgaander kan bestudeerd worden, is aangewezen om nationale prioriteiten in het drugbeleid te identificeren, om acties te plannen, om het drugbeleid te evalueren en om trends vast te stellen. Daarnaast is het wenselijk om het middelengebruik in België op Europees vlak te kunnen vergelijken.

Middelengebruik bij **leerlingen in het secundair onderwijs** (12-18 jaar) wordt in Vlaanderen voldoende onderzocht, maar de lopende onderzoeken geven vooral zicht op het gebruik van de doorsnee leerling en niet op het middelengebruik van jongeren die meer risico lopen op (problematisch) middelengebruik zoals spijbelaars, jongeren die vroegtijdig school verlaten of die uit school worden gezet, jongeren in instellingen, jongeren in de hulpverlening, jongeren met specifieke noden (bv. beperking), maatschappelijk achtergestelde jongeren, ... Met het oog op het stimuleren van een vroegtijdige aanpak of het beperken van schade is het immers van belang dat problemen snel worden opgemerkt.

Onderzoek naar middelengebruik bij **studenten in het hoger onderwijs** staat in Vlaanderen nog in de beginfase. In 2005 is onderzoek gebeurd bij Antwerpse studenten. In 2009 zijn in een tweede fase studenten uit Antwerpen en Gent bevraagd. Gegevens over de Vlaamse studentenpopulatie ontbreken totnogtoe.

De groep **(gemarginaliseerde) problematische gebruikers** van bijvoorbeeld heroïne, amfetamines of cocaïne, die ook niet door de hulpverlening bereikt worden, wordt helemaal niet in beeld gebracht. Hun ervaringen of specifieke problemen in een Belgische of Vlaamse context kennen we niet. Het is belangrijk om de zorgbehoeften te kennen waar nu niet of onvoldoende op ingegaan wordt zodat een aangepast zorgaanbod kan uitgebouwd worden.

Gebruikspatronen, hoewel zeer belangrijk vanuit het oogpunt van preventie en behandeling, komen weinig aan bod in onderzoek. Daardoor is er geen duidelijk beeld van belangrijke genderverschillen, verschillen tussen leeftijdsklassen of verschillen tussen autochtone en allochtone bevolking in patronen van middelengebruik en de context van gebruik. Ook over patronen van **combi- en polydruggebruik**, bv. het samen gebruiken van alcohol en GHB, is weinig geweten.

De gegevens over **sterfte** als gevolg van middelengebruik kampen met een onderschattingsprobleem. Middelengebruik wordt als onderliggende doodsoorzaak niet altijd op het overlijdenscertificaat genoteerd. Hoeveel sterften het gevolg zijn van een overdosis en van welk product is niet exact te bepalen. Over het gebruik van illegale drugs bij suïcide zijn evenmin goede gegevens voorhanden.

Een correct beeld vormen van **rijden onder invloed van drugs** wordt bemoeilijkt door het feit dat de gegevens over de drugcontroles in het verkeer niet gecentraliseerd zijn en de resultaten van de bloedanalyses verspreid zijn in de verschillende laboratoria die de bloedtesten uitvoeren.
Voor de **verkeersongevallen** als gevolg van rijden onder invloed van drugs stelt zich hetzelfde probleem. Er zijn geen recente gegevens over de aanwezigheid van illegale middelen bij slachtoffers van verkeersongevallen.
Over het voorkomen van middelengebruik bij **andere ongevallen** (op het werk, thuis, tijdens het sporten, ...) zijn geen data beschikbaar.

Om een beeld te krijgen van het aantal en de kenmerken van personen die omwille van problemen met middelengebruik een beroep doen op **hulpverlening**, moeten gegevens uit diverse registratiesystemen in de hulpverleningssector naast elkaar gezet worden. Op dit moment gebeurt de registratie van de hulpvraag binnen de verschillende werksoorten in Vlaanderen niet-uniform[176]. Laagdrempelige en ambulante hulpverleningsvormen, zoals bijvoorbeeld de zelfhulpgroepen of de huisartsen, registreren de hulpvraag sowieso niet systematisch. Hier kan alleen een beroep gedaan worden op eenmalige onderzoeken, wat het moeilijker maakt om trends te identificeren.

Behalve via de MKG registratiegegevens, die slechts een zeer beperkt beeld geven, is er weinig geweten over druggebruikers die beroep doen op de **reguliere hulpverlening**. Hoeveel druggebruikers komen in een algemeen ziekenhuis

[176] Ondertussen is een protocolakkoord ondertekend in verband met de 'treatment demand indicator' (TDI) door de leden van de interministeriële gezondheidscommissie waarin is afgesproken dat de TDI registratie in de verschillende types van behandelingscentra start op 1 januari 2007 zodat hiervan in 2008 de eerste standaardtabellen kunnen geleverd worden. De eerste gegevens van 2004 zijn onvolledig (geen gegevens van Brussel, de CGG en de ziekenhuizen).

terecht met een aandoening die gerelateerd is aan druggebruik? Hoeveel druggebruikers komen terecht op de ambulante spoeddiensten met een hulpvraag die verband houdt met druggebruik? Hoeveel druggebruikers zijn bekend bij de huisartsen en voor welke hulpvragen doen ze op de huisarts beroep? Deze vragen blijven met de huidige data onbeantwoord.

Er zijn geen cijfers of onderzoeksmateriaal over **kinderen van ouders met een illegaledrugprobleem**, over **ouders van druggebruikende jongeren** of over de omvang van (huiselijk) **geweld en agressie** als gevolg van druggebruik.

Gegevens over gebruikspatronen, noden en behoeften van **oudere druggebruikers** zijn niet bekend.

Door het ontbreken van een algemeen bevolkingsonderzoek over middelengebruik zijn er geen gegevens over de patronen van middelengebruik bij de **beroepsbevolking** of de werkloze populatie. Uit internationale literatuur blijkt dat cocaïne of amfetaminegebruik bijvoorbeeld meer voorkomt bij bepaalde beroepsgroepen bv. chauffeurs, fitnessmilieu, vissers, media, horeca, ... Hierover zijn geen Vlaamse onderzoeksgegevens beschikbaar.

Wat betreft **criminaliteit** zijn er vooral gegevens van de geregistreerde druggerelateerde criminaliteit.

Deel 2

Feiten achter de cijfers

Het tweede deel van deze publicatie is samengesteld uit bijdragen van auteurs die elk een opvallende tendens op het terrein van illegaal druggebruik van de laatste tien jaar beschrijven.
Professor dr. Wim van den Brink van het Academisch Medisch Centrum aan de universiteit van Amsterdam, vat in hoofdstuk 9 de huidige evidentie in verband met de schadelijkheid van cannabis samen.
In hoofdstuk 10 beschrijven VAD medewerkers Jochen Schrooten en Tina Van Havere enkele tendensen over recreatief druggebruik in het uitgaansleven.
André Van Gageldonk, wetenschappelijk medewerker aan het Nederlandse Trimbos-instituut, heeft het in hoofdstuk 11 over effectieve harm reduction interventies.
Ten slotte licht Dirk Vandevelde, directeur van vzw De Kiem, in hoofdstuk 12 toe wat inzake samenwerking tussen hulpverlening en justitie de afgelopen jaren is veranderd of gerealiseerd.

9

Hoofdstuk 9

Hoe schadelijk is cannabis?[177]

Prof. dr. Wim van den Brink
Hoogleraar Verslavingszorg Academisch Medisch Centrum,
Universiteit Amsterdam (AMC-Uva)

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug in de wereld. Over de status van cannabis in de drugswetten van de verschillende landen wordt nog steeds intensief gediscussieerd. Een belangrijke rol zou daarbij gespeeld moeten worden door de ongewenste effecten en de risico's die aan het gebruik van cannabis verbonden zijn. In deze bijdrage wordt een korte samenvatting gegeven van de wetenschappelijke kennis ten aanzien van de langdurige, ongewenste gevolgen van het gebruik van cannabis.

Psychische gevolgen van cannabisgebruik

In het algemeen wordt onderscheid gemaakt tussen de kans op afhankelijkheid, de kans op het ontstaan van schizofrenie, angststoornissen of depressie en de kans op blijvende cognitieve schade nadat mensen gestopt zijn met gebruik.

Cannabisgebruik en cannabisafhankelijkheid

In maatschappijen waar traditioneel cannabis wordt gebruikt (bijvoorbeeld Marokko, India) werden tot voor kort nauwelijks mensen gezien die problemen hadden met het gebruik. Het gebruik was sterk geritualiseerd en meestal infrequent en de THC-concentratie van de gebruikte cannabisvariaties was laag. Met de verandering van het gebruikspatroon en de steeds hogere THC-concentraties lijkt de situatie zich te hebben gewijzigd. Het staat nu wel vast dat er een cannabisonthoudingssyndroom bestaat met als kenmerken: prikkelbaarheid, rusteloosheid, angst, slaapstoornissen, stoornissen in de eetlust en maagklachten (Budney e.a., 2003). In het begin van de jaren 80 van de vorige eeuw ontstaat er in de VS, Australië en in Europa een duidelijke vraag naar behandeling van mensen die onthoudingsverschijnselen hebben en niet in staat zijn hun gebruik te reguleren of te staken en bij wie er sprake is van toenemende problemen samenhangend met het gebruik van cannabis. Het ging daarbij vooral om relatief jon-

[177] Dit artikel is een verkorte versie van het artikel "Hoe schadelijk zijn softdrugs" dat in 2006 verscheen in het Nederlandse tijdschrift *Justitiële Verkenningen*.

ge mannen. De vraag is daarom niet of cannabisafhankelijkheid voorkomt, maar hoe groot de kans is dat iemand die ooit cannabis gebruikt heeft verslaafd raakt. Uit het internationaal onderzoek blijkt dat deze kans ongeveer 8-10% is en sterk afhankelijk is van de leeftijd waarop iemand voor het eerst gebruikt en de mate waarin hij of zij gebruikt (Rey e.a., 2004). Bij dit alles dient men zich te realiseren dat de kans op verslaving volgens Amerikaans onderzoek bij cannabis aanzienlijk kleiner is (9%) dan bij nicotine (32%), opiaten (23%), cocaïne (17%) en alcohol (15%) (Anthony e.a., 1994).
Een belangrijk punt is verder de rol van cannabis bij het gebruik van andere (hard)drugs en de ontwikkeling van andere verslavingen. De meeste onderzoekers zijn thans van mening dat cannabisgebruik op zich niet leidt tot het gebruik van andere drugs, maar dat het begin van cannabisgebruik op zeer jonge leeftijd een belangrijke risicofactor is voor toekomstig harddruggebruik en verslavingen aan harddrugs (Hall e.a., 1999a; Rey e.a., 2004).

Cannabisgebruik en schizofrenie

Het is al jaren bekend dat het gebruik van cannabis samenhangt met de kans op de diagnose schizofrenie. Tot voor kort was echter onduidelijk of cannabisgebruik leidde tot schizofrenie of dat de voortekenen van de schizofrene stoornis leidden tot het gebruik van cannabis om deze voortekenen onder controle te krijgen (zelfmedicatie). De laatste jaren zijn echter een groot aantal prospectieve studies verschenen waaruit duidelijk blijkt dat het niet alleen maar gaat om zelfmedicatie en dat cannabisgebruik wel degelijk samenhangt met een grotere kans op het *ontstaan* van schizofrenie. Volgens de meeste auteurs is cannabisgebruik echter noch een noodzakelijke noch een voldoende voorwaarde voor het ontstaan van schizofrenie en is cannabisgebruik slechts een van de componenten die tegelijkertijd nodig zijn om tot de ziekte schizofrenie te leiden (van Amsterdam e.a., 2004). In een recente studie werd bijvoorbeeld gevonden dat alleen cannabisgebruikers met een bepaalde genetische predispositie een grotere kans hebben om later schizofrenie te krijgen (Caspi e.a., 2005); een bevinding die twee jaar later overigens niet kon bevestigd worden (Zammit e.a., 2007).

Cannabisgebruik en depressie/angst

De relatie tussen cannabisgebruik en het ontstaan van depressieve en angststoornissen is misschien nog wel meer omstreden dan die tussen cannabisgebruik en schizofrenie. Er lijkt consensus te zijn over het feit dat cannabis in hogere doseringen of met hoge concentraties THC kan leiden tot paniekaanvallen. Uit onderzoek naar de relatie tussen cannabisgebruik en andere angststoornissen en depressie komt naar voren dat er in een aantal prospectieve studies zeker bij langdurig en intensief gebruik van cannabis sprake lijkt te zijn van samenhang tussen cannabisgebruik en depressie en wellicht ook suïcidaliteit (bv. Patton e.a., 2002; Fergusson e.a., 2002). De vraag die echter nog beantwoord moet worden is of het om een causale relatie gaat of dat de verhoogde kans op depressie en

suïcidaliteit ook het gevolg zou kunnen zijn van factoren die met cannabisgebruik samenhangen en op zichzelf ook verantwoordelijk kunnen zijn voor het ontstaan van stemmingsstoornissen (genetische factoren, vroegkinderlijke traumatisering, gedragsproblemen). Sommige auteurs zijn na weging van alle beschikbare gegevens van mening dat langdurig en intens cannabisgebruik wel degelijk kan leiden tot depressie en suïcidaliteit (Kalant, 2004), terwijl andere auteurs op basis van een formele meta-analyse van bestaande studies tot de conclusie komen dat er van een directe causale relatie geen sprake lijkt te zijn (Macload e.a., 2004). Een derde groep auteurs lijkt van mening dat cannabisgebruik op jonge leeftijd wel een causale relatie heeft met depressie en suïcidaliteit, maar dat deze relatie bij jong volwassenen vrijwel geheel afwezig is (Rey e.a., 2004).

Cannabisgebruik en cognitieve schade

Er bestaat geen twijfel over het feit dat cannabisgebruik als gevolg van intoxicatie of een eventueel daaropvolgende periode met onhoudingsverschijnselen leidt tot stoornissen in de aandacht en het geheugen. Deze stoornissen kunnen zich tot 7 dagen na het stoppen van chronisch gebruik manifesteren. Daarna neemt de kans op cognitieve stoornissen als direct gevolg van het gebruik snel af en na 28 dagen is er over het algemeen geen effect meer te vinden (Pope e.a., 2002).
De vraag is echter of het gebruik van cannabis ook leidt tot blijvende stoornissen in de aandacht, het geheugen en dus ook het leren. Het is thans wel zeker dat kortdurend of langer durend gematigd gebruik niet leidt tot klinisch relevante blijvende cognitieve stoornissen. De vragen die nog niet volledig beantwoord zijn hebben betrekking op eventuele negatieve effecten van cannabis op het nog zeer jonge, zich nog ontwikkelende brein en op de negatieve effecten van zeer langdurig en zeer intensief gebruik van cannabis.
In een recente studie bleek bijvoorbeeld dat een groep abstinente ex-cannabisgebruikers die op zeer jonge leeftijd waren begonnen met het gebruik van cannabis (voor de leeftijd van 17 jaar) cognitief minder goed presteerde dan de groep abstinente gebruikers die op latere leeftijd (na de leeftijd van 17 jaar) was begonnen met het gebruik en dan een controlegroep die nooit cannabis had gebruikt. De groep die op latere leeftijd was begonnen verschilde in cognitief opzicht overigens niet van de controlegroep (Pope e.a., 2003). De auteurs concluderen overigens niet dat daarmee bewezen is dat cannabis een neurotoxisch effect heeft op het zich nog ontwikkelende brein en houden ook de mogelijkheid open dat beide groepen gebruikers al in cognitief opzicht verschilden voor het eerste gebruik of dat de cognitieve verschillen het gevolg zijn van een verstoorde schoolcarrière van de groep die al op jonge leeftijd was gestart met gebruik. Een definitief antwoord is hier nog niet beschikbaar.
Ook ten aanzien van de negatieve effecten van zeer langdurig en zeer intensief gebruik van cannabis op het cognitieve functioneren lijken de boeken nog niet gesloten. Wat we wel weten is dat alleen zeer lang (meer dan 10 jaar) en zeer intensief (dagelijks gebruik van (veel) meer dan 1 joint per dag) lijkt te kunnen leiden tot subklinische stoornissen in de aandacht en/of het geheugen (Bolla

e.a., 2005; Solowij e.a., 2002).
Al met al is de kans op blijvende cognitieve schade bij gematigd gebruik van cannabis heel erg klein en waarschijnlijk te verwaarlozen. Gebruik van cannabis op zeer jeugdige leeftijd blijft (ook om andere redenen) echter af te raden en hetzelfde geldt voorlopig ook nog voor zeer langdurig en zeer intensief gebruik (Rey e.a., 2004).
Een laatste kwestie betreft het effect van het gebruik van cannabis door zwangere vrouwen op het zich ontwikkelende brein van het nog ongeboren kind. Cannabis is namelijk in staat de placenta te passeren en cannabis wordt ook in moedermelk uitgescheiden. Veel vrouwen stoppen met het gebruik van cannabis op het moment dat ze merken dat ze zwanger zijn. Een klein percentage doet dat niet en het beperkte onderzoek dat naar deze groep gebruiksters en hun kinderen is gedaan laat zien dat cannabisgebruik gedurende de zwangerschap in ieder geval niet lijkt te leiden tot antenatale en/of perinatale morbiditeit of mortaliteit. Ook tot de leeftijd van 3 jaar zijn er nauwelijks afwijkingen aangetoond, maar vanaf die tijd lijken er zich wel degelijk cognitieve en gedragsafwijkingen voor te gaan doen zonder dat er overigens sprake is van een verminderde intelligentie (Fried and Smith, 2001; Goldschmidt e.a., 2000). Er is tot nu toe slechts *één* studie die laat zien dat er ook op latere leeftijd (6-10 jaar, 14-16 jaar, 18-22 jaar) nog sprake lijkt te zijn van een verhoogde kans op hyperactiviteit, aandachtsstoornissen, impulsregulatiestoornissen en stoornissen in het visuele geheugen (Fried e.a., 2003; Smith e.a., 2004).

Cannabisgebruik, schoolprestaties en opleidingsniveau

Op basis van bovenstaande risico's is het niet verwonderlijk dat er een groot aantal studies is waarin wordt aangetoond dat langdurig intensief cannabisgebruik lijkt te leiden tot slechte schoolprestaties en een geringer opleidingsniveau. Ook hier gaat het echter weer om de interpretatie en een juiste weging van de gegevens. Op basis van waarschijnlijk de beste prospectieve studie tot nu toe (Fergusson e.a. 2003) lijkt het verantwoord om te concluderen dat alleen intensief cannabisgebruik op zeer jonge leeftijd (minstens 100 joints voor de leeftijd van 16 jaar) lijkt te leiden tot mindere schoolprestatie en een geringer opleidingsniveau. Bij een later begin of bij een geringer gebruik lijken er geen negatieve effecten van het gebruik op het uiteindelijke opleidingsniveau te worden gevonden.

Lichamelijke gevolgen van cannabisgebruik

Er zijn niet alleen cannabisreceptoren in de hersenen, maar ook in andere organen en orgaansystemen. Bovendien wordt cannabis, net als tabak, voornamelijk gerookt en kan deze toedieningsvorm negatieve gevolgen hebben voor het lichaam. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de mogelijke negatieve effecten van cannabisgebruik voor de luchtwegen, het hart en het reproductieve systeem. Het feit dat eventuele effecten op andere orgaansystemen niet bespro-

ken worden kan worden beschouwd als indicatie dat er tot nu toe weinig negatieve effecten zijn gevonden.

Cannabisgebruik en gevolgen voor de luchtwegen

Net als tabak wordt cannabis voornamelijk gerookt en bestaat het gevaar dat er beschadigingen ontstaan aan het toedieningskanaal, dat wil zeggen de luchtwegen. Uit onderzoek kan zonder enige twijfel worden geconcludeerd dat het langdurig en frequent roken van cannabis leidt tot beschadigingen en ontstekingen van de bovenste en wellicht ook van de onderste luchtwegen en deze ontstekingen gaan gepaard met klachten als chronisch hoesten, het opgeven van sputum en een piepende ademhaling. De kans op dergelijke klachten is onafhankelijk van het roken van sigaretten en ongeveer 1.5-2.5 keer groter dan bij mensen die niet roken (Taylor e.a., 2002).
Over de vraag of cannabis – net als tabak – leidt tot een verhoogde kans op chronische obstructieve longziekten (COPD) bestaan tegenstrijdige bevindingen, maar een recente prospectieve studie lijkt toch te wijzen op een licht verhoogde kans op obstructieve longaandoeningen, zoals astma en emfyseem (Taylor e.a., 2002).
De belangrijkste vraag blijft natuurlijk of cannabis (onafhankelijk van het roken van sigaretten) de kans op longkanker vergroot. Cannabisrook bevat ongeveer twee keer zoveel carcinogene stoffen als sigarettenrook en de hoeveelheid carcinogene stoffen die na een joint in de onderste luchtwegen neerslaan is ongeveer 4 keer zo groot als bij het roken van een sigaret. Dat laatste wordt mede veroorzaakt door de afwezigheid van een teerfilter en het feit dat cannabisgebruikers veel dieper en veel langer inhaleren dan sigarettenrokers. Tenslotte blijken 2-3 joints per dag ongeveer net zulke ernstige histologische beschadigingen aan de luchtwegen te veroorzaken als het gebruik van meer dan 20 sigaretten per dag; beschadigingen die bekend staan als mogelijke voorlopers van longkanker. Ondanks dit alles zijn er nauwelijks klinische aanwijzingen dat het gebruik van cannabis leidt tot kanker van de bovenste en/of onderste luchtwegen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de meeste cannabisgebruikers slechts gedurende een korte periode van hun leven gebruiken. In overeenstemming met deze conclusie werd in een recente studie voor het eerst een verhoogd risico op longkanker vastgesteld bij mensen die fors en meestal ook lang cannabis hadden gebruikt: ten minste het equivalent van 10 jaar elke dag één joint (Aldington e.a., 2008).

Cannabisgebruik en cardiovasculaire gevolgen

Cannabis heeft een lage cardiotoxiciteit, dat wil zeggen dat mensen met een gezond hart cardiaal gezien weinig te vrezen hebben van het gebruik van cannabis. Het gebruik van cannabis leidt vrijwel direct tot een enigszins verhoogde activiteit van het hart, hetgeen onder andere tot uitdrukking komt in een snellere hartslag en soms een wat verhoogde bloeddruk. Daardoor heeft het hart direct na

het gebruik van cannabis meer zuurstof nodig. Tegelijkertijd wordt er in de longen door het roken van cannabis hemoglobine (Hb) omgezet in carboxyhemoglobine (COHb), waardoor het bloed minder zuurstof kan vervoeren. Deze combinatie kan bij mensen met reeds bestaande hartklachten leiden tot een gebrek aan zuurstof voor het hart en dus tot pijn op de borst en in ernstige gevallen zelfs tot een (recidief) hartinfarct (Mittelman e.a., 2001). Bij mensen met hoge bloeddruk en aderverkalking zou het gebruik van cannabis kunnen leiden tot een hersenbloeding of een herseninfarct. In het algemeen kan echter gezegd worden dat cannabisgebruik nauwelijks cardiovasculaire risico's met zich meebrengt.

Cannabisgebruik en gevolgen voor het reproductieve systeem

Het gebruik van cannabis leidt bij zowel mannen als vrouwen tot een acute verlaging van de concentratie van bepaalde hormonen die van belang zijn voor de voortplanting. Er is slechts *één* studie bekend waaruit met de nodige voorzichtigheid geconcludeerd zou kunnen worden dat cannabisgebruik bij vrouwen de kans op infertiliteit toe zou doen nemen (Mueller e.a., 1990). Een opvallende bevinding daarbij was echter dat de verhoogde kans op infertiliteit alleen werd gezien bij vrouwen die maar weinig gebruikten. Er zijn daarnaast aanwijzingen uit dierexperimenteel onderzoek dat cannabis een negatief effect heeft op de bevruchtende capaciteit van het zaad, maar voor recreatieve cannabisgebruikers is dit nooit aangetoond.
Al met al zijn er weinig harde wetenschappelijke aanwijzingen dat het gebruik van cannabis bij mensen een negatieve invloed heeft op de vruchtbaarheid en de kans op voortplanting.

Samenvatting en conclusies

Het gebruik van cannabis is voor de meeste mensen een recreatieve activiteit met een lage frequentie die vooral tussen het 18e en het 35e jaar populair lijkt te zijn. Dat wil echter niet zeggen dat het gebruik van cannabis – net als veel andere recreatieve activiteiten – geheel zonder risico's is. Uit het bovenstaande overzicht is echter wel duidelijk geworden dat de risico's van het gebruik van cannabis zich vooral voordoen bij mensen die al op heel vroege leeftijd zijn begonnen met het gebruik, bij gebruikers die gedurende lange tijd (bijna) dagelijks cannabis gebruiken en bij vrouwen die tijdens de zwangerschap cannabis (blijven) gebruiken. De bovenstaande beschrijving van mogelijke negatieve gevolgen geeft aanwijzingen voor het veilig gebruik van cannabis. In het algemeen dient gezegd te worden dat het gebruik op jonge leeftijd (< 17-18 jaar) moet worden ontraden, dat (bijna) dagelijks gebruik een belangrijke risicofactor is voor afhankelijkheid en dat gebruik in omstandigheden waarbij reactiesnelheid en aandacht van groot belang zijn (bijvoorbeeld autorijden) volstrekt onverantwoord is. Verder lijkt gebruik van cannabis door jongeren met verslaving of psychosen in de familie geen verstandige zaak en zou het gebruik van cannabis door mensen met psychiatrische stoornissen moeten leiden tot het zoeken van

hulp voor deze stoornissen. Ten slotte moet het gebruik van cannabis bij mensen met ernstige cardiovasculaire aandoeningen worden ontraden.
Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat cannabis voor de gebruikers een aantal belangrijke voordelen lijkt te hebben (ontspanning, gezelligheid, angstreductie) en dat cannabis ten opzichte van een aantal andere (legale) genotmiddelen in een aantal opzichten minder risico's met zich meebrengt. In een recente studie werd cannabis door psychiaters en andere verslavingsdeskundigen in het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld beoordeeld als minder schadelijk dan heroïne, cocaïne, barbituraten, alcohol, ketamine, benzodiazepines, amfetamine en tabak (Nutt e.a., 2007).
De conclusie van dit overzicht kan daarom het best als volgt worden samengevat: matig gebruik van cannabis door (jong) volwassenen in situaties waarbij aan de gebruiker geen hoge cognitieve eisen worden gesteld kent relatief weinig risico's en kan daarom als redelijk veilig worden beschouwd. Tegelijkertijd moet alles in het werk worden gesteld om het gebruik op (zeer) jonge leeftijd te voorkomen en moet vroegtijdig hulp worden geboden bij (dreigende) afhankelijkheid en bij de aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen.

Literatuur

ALDINGTON, S., HARWOOD, M., COX, B., WEATHERALL, M., BECKERT, L., HANSELL, A., ... BEASLEY, R. (2008). Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study. *European Respiratory Journal*, *31*, 280-286.

ANTHONY, J.C., WARNER, L.A. & KESSLER, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlledsubstances, and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *2,* 244-268.

BOLLA, K.I. & ELDRETH, D.A. (2005). Neural substrates of faulty decision-making in abstinent marijuana users. *Neuroimage*, *26*, 480-492.

BUDNEY, A.J., MOORE, B.A., VANDREY, R.G. & HUGHES, J.R. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*, 393-402.

CASPI, A., MOFFITT, T.E., CANNON, M., MCCLAY, J., MURRAY, R., HARRINGTON, H., ... CRAIG, I.W. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry*, *57*, 1117-1127.

FERGUSSON, D.M., HORWOOD, L.J. & SWAIN-CAMPBELL, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, *97*, 1123-1135.

FERGUSSON, D.M., HORWOOD, L.J. & BEAUTRAIS, A.L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, *98*, 1681-1692.

FRIED, P.A. & SMITH, A.M. (2001). A literature review of the consequences of prenatal marihuana exposure. An emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. *Neurotoxicology and Teratology*, *23*, 1-11.

FRIED, P.A., WATKINSON, B. & GRAY, R. (2003). Differential effects on cognitive functioning in 13- to 16-year-olds prenatally exposed to cigarettes and marihuana. *Neurotoxicology and Teratology*, *25*, 427-436.

GOLDSCHMIDT, L., DAY, N.L. & RICHARDSON, G.A. (2000). Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology and Teratology*, *22*, 325-336.

HALL, W., JOHNSTON, L. & DONNELLY, N. (1999a). Epidemiology of cannabis use and its consequences. In H. KALANT, W. CORRIGALL, W. HALL & R. SMART (red.), *The health effects of cannabis* (pp. 69-126*)*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

KALANT, H. (2004). *Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *28*, 849-863.

KALANT, H., CORRIGALL, W., HALL, W. & SMART, R. (red.) (1999). *The health effects of cannabis.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

MACLEOD, J., OAKES, R., COPELLO, A., CROME, I., EGGER, M., HICKMAN, M., ... SMITH, G.D. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, *363*, 1579-1585.

MITTLEMAN, M.A., LEWIS, R.A., MACLURE, M., SHERWOOD, J.B. & MULLER, J.E. (2001). Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation*, *193*, 2805-2809.

MUELLER, B.A., DALING, J.R., WEISS, N.S. & MOORE, D.E. (1990). Recreational drug use and the risk of primary infertility. *Epidemiology*, *1*, 195-200.

NUTT, D., KING, L.A., SAULSBURY, W. & BLAKEMORE, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet, 369*, 1047-1053.

PATTON, G.C., COFFEY, C., CARLIN, J.B., DEGENHARDT, L., LYNSKEY, M. & HALL, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British Medical Journal, 325,* 1195-1198.

POPE, H.G., GRUBER, A.J., HUDSON, J.I., HUESTIS, M.A. & YURGELUN-TODD, D. (2002). Cognitive measures in long-term cannabis users. *Journal of Clinical Pharmacology*, *42*, 41S-47S.

POPE, H.G., GRUBER, A.J., HUDSON, J.I., COHANE, G., HUESTIS, M.A. & YURGELUN-TODD, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependence*, *69*, 303-310.

REY, J.M., MARTIN, A. & KRABMAN, P. (2004). Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*, 1194-1205.

SMITH, A.M., FRIED, P.A., HOGAN, M.J. & CAMERON, I. (2004). Effects of prenatal marijuana on response inhibition: an fMRI study of young adults. *Neurotoxicology and Teratology, 26*, 533-542.

SOLOWIJ, N., STEPHENS, R.S., ROFFMAN, R.A., BABOR, T., KADDEN, R., MILLER, M., ..., VENDETTI, J. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *Journal of the American Medical Association, 2873,* 1123-1131.

TAYLOR, D.R., FERGUSSON, D.M. , MILNE, B.J., HORWOOD, L.J., MOFFITT, T.E., SEARS, M.R. & POULTON, R. (2002). A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure in young adults. *Addiction, 97*, 1055-1061.

VAN AMSTERDAM, J.G.C., OPPERHUIZEN, A. & VAN DEN BRINK, W. (2004). Cannabis als risicofactor van schizofrenie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *46*, 515-524.

ZAMMIT, S., SPURLOCK, G., WILLIAMS, H., NORTON, N., WILLIAMS, N., O'DONOVAN, M.C. & OWEN, M.J. (2007). Genotype effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in schizophrenia: interactions with tobacco and cannabis use. *British Journal of Psychiatry, 191*, 402-407.

10 Hoofdstuk 10

Recreatief druggebruik in het uitgaansleven

Tina Van Havere & Jochen Schrooten
Stafmedewerkers, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Recreatief druggebruik is steeds meer een deel geworden van de Westerse (jongeren)cultuur. De opkomst en de verspreiding ervan heeft voor een fundamentele wijziging gezorgd in de patronen van druggebruik bij jongeren, zoals het meer occasioneel en tijdens het uitgaan gebruiken. In deze bijdrage nemen wij u mee in de wereld van jongeren, uitgaan, muziek, plezier en recreatief druggebruik. U leest welke drugs populair zijn in het uitgaansleven, welke motieven dit gebruik verklaren en in welke setting het gebruik zich voornamelijk afspeelt.

Recreatief druggebruik, what's in a name?

In de wetenschappelijke literatuur is er weinig informatie te vinden die specifiek focust op 'recreatief druggebruik'. De beperkte pogingen om het begrip 'recreatief druggebruik' te definiëren zijn ondernomen door het Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving (EWDD) of te vinden in (online) woordenboeken. Het begrip kan in een ruime zin begrepen worden, zoals blijkt uit deze definitie:
"Recreatief druggebruik is het gebruik van psychoactieve stoffen eerder voor recreatieve doeleinden dan voor werk, medische of spirituele redenen, hoewel dit onderscheid niet altijd duidelijk is" (Wikipedia, 2008).
In deze definitie heeft men het niet uitsluitend over druggebruik binnen het uitgaansleven, maar kan het ook om het druggebruik thuis of tijdens het sporten gaan. Het EWDD omschrijft het begrip enger en met nadruk op de context van het nachtleven.
"Onder recreatief druggebruik wordt verstaan: het gebruik van psychoactieve middelen om plezier te hebben in uitgaansgelegenheden" (Olszewski & Burkhart, 2002).
Wanneer in de literatuur gesproken wordt over recreatief druggebruik, dan blijkt dit zeer vaak te gaan over het gebruik van genotsmiddelen in het uitgaansleven. Zo ook in deze bijdrage.
Het grootste gedeelte van het recreatief druggebruik maakt deel uit van een (evenwichtig) consumentengedrag en beperkt zich voornamelijk tot een bepaalde fase in het leven van jongeren, waarna het meestal afneemt naarmate verantwoordelijkheden zoals een job, een vaste relatie, huisvesting en gezin de boven-

hand krijgen (Olszewski & Burkhart, 2002).
Een kenmerk van recreatief druggebruik binnen de uitgaanscontext is dat het voornamelijk voorkomt onder jonge, sociaal geïntegreerde mensen die studeren of werken, die beschikken over een inkomen (Olszewski & Burkhart, 2002) en waarvan de meerderheid erin slaagt om weinig of geen acute problemen te ondervinden van hun gebruik van genotsmiddelen (Merck, 2008; Wired for health, 2008). Toch is er ook een harde kern van zware recreatieve gebruikers die de neiging hebben om hun grenzen (o.a. van hun eigen lichaam) te verkennen en te verleggen (Olszewski & Burkhart, 2002). Recreatief druggebruik onderscheidt zich van problematisch druggebruik (chronisch gebruik of langdurig overmatig gebruik) wat leidt tot ernstige fysieke, psychische en sociale schade en dat gepaard gaat met het ontwikkelen van tolerantie en een geestelijke en fysieke afhankelijkheid (Olszewski & Burkhart, 2002; Merck, 2008; Wired for health, 2008). Maar ook recreatief druggebruik kan problematisch zijn. We spreken dan over occasioneel riskant gedrag waarbij een (te) grote hoeveelheid op de verkeerde plaats of op het verkeerde tijdstip gebruikt wordt. Dit leidt in eerste instantie tot een veiligheidsprobleem (bijvoorbeeld risico op ongevallen) maar kan ook ernstige gezondheidsschade veroorzaken (bijvoorbeeld risico op overdosis). Ten slotte kan occasioneel riskant gedrag na een tijd overhellen naar regelmatig druggebruik en afhankelijkheid (De Donder & Lambrechts, 2002).
Samen met het verspreiden van de notie 'recreatief druggebruik' heeft zich in de loop van de jaren negentig een 'normalisatie' voorgedaan op vlak van uitgaan en druggebruik (Parker e.a., 1998; O'Callaghan & Hannon, 2003). De mate van normalisatie van drugs, is onderwerp van discussie. Het is wel duidelijk dat alcohol algemeen aanvaard en genormaliseerd is. Bepaalde illegale drugs (zeker cannabis) zijn onder uitgaanders meer aanvaard en in het algemeen is men toleranter geworden ten opzichte van druggebruik (Van Havere e.a., 2008).
Welke producten meestal recreatief gebruikt worden is regionaal verschillend, afhankelijk van de setting waar men uitgaat en afhankelijk van de voorkeur van de uitgaanders voor bepaalde drugs. In Vlaanderen (en quasi in heel Europa) zijn cannabis, xtc, cocaïne, speed en in mindere mate GHB, LSD en ketamine de meest gebruikte partydrugs. Daarnaast mogen we alcohol, hoewel het een legaal product is, niet vergeten. Alcohol is de meest gebruikte recreatieve drug in het Vlaamse uitgaansleven (Van Havere e.a., 2008).

Motieven voor recreatief druggebruik

Jongeren zien uitgaan als een aangename vrijetijdsbesteding. Het weekend wordt in positieve termen gedefinieerd omdat het geassocieerd wordt met 'vrijheid', waaraan geen verplichtingen en verantwoordelijkheden te pas komen (Calafat e.a., 2001). Uitgaan geeft een bepaalde betekenis aan hun leven, het heeft een sociale functie (Calafat e.a., 2003). Gebruikers zien druggebruik als een onderdeel van hun vrije tijd waarin ze eens goed willen feesten en plezier maken (Shapiro, 1988) en geven aan hun middelengebruik vaak een positieve functie (Decorte e.a., 2003; Lambrecht e.a., 2002; Van Havere e.a., 2008). De

karakteristieke effecten van de middelen geven hier bovendien een specifieke invulling aan: alcohol werkt ontremmend (in de initiële fase), waardoor men gemakkelijker zal overgaan tot interacties met anderen. Xtc helpt ontspannen, men neemt de dingen intenser waar, men krijgt een gevoel van samenhorigheid, men heeft het gevoel over meer energie te beschikken, ... In het Partywise uitgaansonderzoek naar trends in het uitgaansleven worden o.a. professionelen (o.a. dj's, barpersoneel, ...) uit het uitgaansleven bevraagd over hun interpretatie van het druggebruik in deze setting (Van Havere e.a., 2008). Deze sleutelfiguren zijn van mening dat uitgaan, muziek en druggebruik eenzelfde functie hebben: ze zijn voor mensen een vlucht uit de dagelijkse sleur en drukte. Wanneer mensen uitgaan willen ze er ten volle van genieten. Het blijkt dat drugs jongeren de gelegenheid geven om een parallel leven te creëren dat een tegengewicht biedt aan de onzekerheden van het dagelijks leven (Moore & Miles, 2004). Uitgaan en plezier hebben wil niet noodzakelijk zeggen dat men (veel) gaat drinken, roken of drugs gebruiken. Dronken worden of onder invloed geraken is niet de enige manier om aan de dagelijkse routine te ontsnappen (Calafat e.a., 2003).

De link tussen uitgaan, muziek en drugs

In *Waiting for the man* beschrijft Shapiro de geschiedenis van drugs en populaire muziek, waar het allemaal begon in de jaren '20 bij de opkomst van jazz en het daarmee gepaard gaand cannabisgebruik (Shapiro, 1988). Hij beschrijft verder hoe de muziek geëvolueerd is en telkens samenging met het gebruik van bepaalde drugs. Vandaag ligt de focus op elektronische muziek en druggebruik (Forsyth e.a., 1997; Adlaf & Smart, 1997; ter Bogt e.a., 2005).

Epidemiologisch onderzoek toont aan dat clubbers en feestvierders meer ervaring hebben (in vergelijking met de algemene bevolking) met drugs (Forsyth e.a., 1997; Measham e.a., 2001; Yacoubian, 2003; McCaughan e.a., 2005; Winstock e.a., 2001; Van Havere e.a., 2008). Typische party drugs zoals xtc, cocaïne en speed worden gelinkt aan elektronische muziek (Weir, 2000; Winstock e.a., 2001; Chen e.a., 2006). Hoewel xtc het meest geassocieerd wordt met de party scene (Fendrich e.a., 2003; ter Bogt e.a., 2005; Soellner, 2005; Adlaf & Smart, 1997), blijkt cannabis er de meest populaire en gebruikte drug te zijn (Weir, 2000; Van Havere e.a., 2008).

In het Partywise uitgaansonderzoek merken we dat illegaledruggebruikers vaker onder liefhebbers van dance-muziek voorkomen. Verder blijkt dat de respondenten bevraagd op dance-events en in clubs vaker illegale drugs gebruiken dan deze bevraagd op rockfestivals. Net zoals in de dance-scene worden in de GOA[178]-scene de typische uitgaansdrugs gebruikt en daarnaast ook psychedelische drugs (zoals tripmiddelen). Uit de cijfers van het Partywise uitgaansonderzoek van 2007 blijkt dat de kans tot vijf keer groter is (in vergelijking met de rest van de studiegroep) om in de groep van bezoekers van GOA-parties mensen te vinden die in het laatste jaar een illegale drug gebruikt hebben (in 2005 was de

---

[178] Goa is een muziekstijl die einde jaren tachtig en begin jaren negentig is ontstaan in de Indiase staat Goa. Psychedelic Trance is een andere en later meer omvattende naam voor Goa.

kans tot 20 keer groter) (Van Havere e.a., 2008). Hoewel er steeds minder sprake is van subculturen, wijzen de professionelen uit het uitgaansleven toch op een bepaalde jonge subgroep in de dance-scene, namelijk de harddance-scene, die een specifieke dansstijl (Jump(style)) heeft en waar het xtc-gebruik hoger zou liggen. Een aantal studies tonen aan dat de voorkeur voor minder mainstream muziekstijlen samengaat met meer antisociaal gedrag en risicogedrag (Fouce, 2003; Mulder e.a., 2006 in Calafat, 2008). Ook Moore en Miles (2004) concluderen dat verschillende middelen gebruikt worden afhankelijk van de muziekstijl en van de uitgaanslocatie. 'Hard house' en 'trance' is verbonden met xtc-gebruik en op 'funky house' feestjes wordt er meer alcohol gedronken (Lim e.a., 2008).
Het gebruik van drugs behoort tot een specifieke lifestyle. Deze lifestyle impliceert naar discotheken gaan, clubs bezoeken en naar (outdoor) dance-events gaan. Druggebruikers vereenzelvigen zich met de lifestyle waartoe dance behoort. Malbon (1999) heeft het over 'belonging', het bij een groep behoren. Men probeert zich te identificeren met een bepaalde subgroep en neemt de consumptiepatronen over van die groep. Dit identificeren gaat over de herkenning dat sommige mensen zijn net zoals men zelf is en anderen juist niet. Er bestaat dan een nood om in de nabijheid te zijn van de groep mensen die dezelfde emotionele betekenis geeft aan het uitgaan.
Het is niet duidelijk of door het nemen van bepaalde drugs een individu meer geneigd is om bepaalde muziek te beluisteren of dat er bepaalde muziekstijlen zijn die druggebruik stimuleren (Forsyth e.a., 1997; Lim e.a.; 2008). Calafat e.a. (2001) stelt in zijn onderzoek dat sommigen die tot de dance-scene behoren het druggebruik onbewust promoten en het als een voorwaarde stellen om bij deze scene te behoren.

De invloed van geslacht en leeftijd

Geslacht

Verschillende onderzoeken in de dance-scene tonen aan dat mannen meer en frequenter illegale drugs gebruiken dan vrouwen (Calafat e.a., 1999; Measham e.a., 2001; Parsons e.a., 2006; Van Havere e.a., 2006) net zoals in de algemene bevolking. Onderzoek in Vlaanderen toont aan dat er meer mannen dan vrouwen cannabis en cocaïne gebruiken en dat mannen frequenter alcohol, cannabis, speed, xtc en cocaïne gebruiken (Van Havere e.a., 2006). Volgens Carman & Holmgren (1986 in Baker & Yardley, 2002), hebben mannelijke adolescenten een grotere vrijheid om aan risicovolle activiteiten te participeren dan vrouwen. Illegaal druggebruik en ander risicogedrag is één van de kenmerken van genderrollen en -identiteiten (Isralowitz & Rawson, 2006). Anderzijds zijn er recente publicaties die de mate van geslachtsverschillen in de clubscene in vraag stellen (Isralowitz & Rawson, 2006). Sommige studies tonen aan dat gebruikspatronen van mannen en vrouwen meer en meer op elkaar gaan lijken (Parker e.a., 1998; Holmila & Raitasalo, 2005; Zilberman e.a., 2003; Van Havere e.a., 2006).

Akram & Galt (1999) vonden zelfs geen geslachtsverschillen in hun onderzoek in clubs.
Het verkleinen van de verschillen tussen mannen en vrouwen kan verklaard worden door veranderingen in het leven van vrouwen, zoals steeds meer dezelfde opleiding. Sinds ze buitenshuis zijn gaan werken, hebben zij langzaamaan mannelijke waarden en gedragspatronen overgenomen en is hun vrijheid als individuele consument gestegen (Holmila & Raitasalo, 2005).

Leeftijd

Onderzoek toont aan dat xtc-gebruik meer voorkomt op feestjes die jongere leeftijdsgroepen aantrekken, terwijl cocaïne meer gelinkt wordt aan party's die oudere leeftijdsgroepen aantrekken (EWDD, 2006). Dit heeft o.a. te maken met de prijs van xtc, die veel lager is dan cocaïne (zie verder). Het onderzoek van Measham en haar collega's (2001) toont aan dat de frequentie van druggebruik stijgt naargelang de groep ouder wordt. In het Partywise uitgaansonderzoek merken we dat het gebruik van xtc, cocaïne en speed stijgt met de leeftijd maar ook weer terug afneemt na de leeftijd van 30 jaar (Van Havere e.a., 2006).
Het opnemen van basisverantwoordelijkheden neemt in Westerse landen een langere periode in beslag dan voorheen. Jongeren studeren langer, trouwen later, zijn langer afhankelijk van het gezin of zijn ontevreden over de arbeidsmarkt. Dit uitstel van de volwassenheid betekent dat steeds meer jonge twintigers en dertigers thuis blijven wonen en bijgevolg meer beschikbaar inkomen hebben om te consumeren (Aubrey e.a., 2001). De afname van middelengebruik na de leeftijd van 30 jaar zoals in het Partywise onderzoek heeft te maken met de overgang naar meer verantwoordelijkheden en andere levensomstandigheden die samengaan met volwassenheid. Dit is gelinkt aan het minderen of zelfs stoppen met middelengebruik (Van Havere e.a., 2005; Measham e.a., 2001; Plant e.a., 2002).

Trends in recreatief druggebruik

Cocaïne

Cocaïne is duidelijk aan een opmars bezig in het uitgaansleven (EWDD, 2008; Korf e.a., 2003; Evenepoel, 2005). In Vlaanderen is het laatstejaarsgebruik van cocaïne bij bevraagde uitgaanders van 11% naar 17% gestegen tussen 2003 en 2007 (Van Havere e.a., 2008). Dit heeft o.a. te maken met het sexy en chique imago van cocaïne dat gezien wordt als de champagne van de drugs. Het is een drug die geassocieerd wordt met rijkdom, spanning en sensatie, waar reclame- en marketingbureaus handig gebruik van maken (Nabben e.a., 2007). Bovendien heeft de gebruiker het gevoel dat hij de roes van de drug kan controleren, doordat de effecten van korte duur zijn. Cocaïne wordt vaak met alcohol gecombineerd. De reden waarom deze combinatie aanslaat is omdat de gebruiker

daarbij het gevoel krijgt dat hij niet (zo) dronken is en dat de roes van het cocaïnegebruik versterkt wordt. De beschikbaarheid van cocaïne is de voorbije 20 jaar gestegen en de prijs gedaald (Decorte & Slock, 2005; Hermans & Schrooten, 2005) wat een invloed heeft op de groeiende populariteit van cocaïne (Calafat e.a., 1999; Riley & Hayward, 2004). Vanuit preventief oogpunt is het belangrijk om de aandacht op deze drug te houden, vermits cocaïnegebruik geassocieerd wordt met ernstige gezondheidsproblemen (roekeloos gedrag, uitputting, hartritmestoornissen, ...).
Toch zijn er nog altijd minder cokegebruikers dan XTC-gebruikers. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de hogere prijs van cocaïne ten opzichte van XTC-pillen (Van Havere e.a., 2008). De gemiddelde straatwaarde van cocaïne en XTC is in 2006 respectievelijk 48 euro per gram en 3.3 euro per pil (Lamkaddem & Roelands, 2007). Professionelen uit het uitgaansleven linken cocaïnegebruik nog steeds aan de iets oudere uitgaander omwille van de prijs (Nabben e.a., 2007; Van Havere e.a., 2008). In het onderzoek van Shearer en zijn collega's (2007) blijkt dat de recreatieve cocaïnegebruiker met hoge sociaal economische status, tewerkgesteld en met een hoog inkomen occasioneel cocaïne snuift en dit in combinatie met andere legale en illegale drugs zoals alcohol en XTC.
Cocaïne wordt voornamelijk occasioneel gebruikt (Shearer e.a., 2007; Van Havere e.a., 2008) en voornamelijk tijdens het uitgaan (Riley & Hayward, 2004). In het Partywise uitgaansonderzoek zien we dat een stijgende frequentie van cocaïnegebruik samengaat met 'vaker naar een club of GOA-feestje gaan' en 'meer bij een vaste dealer kopen' (Van Havere e.a., 2008). Behalve tijdens het uitgaan wordt cocaïne ook gesnoven samen met vrienden of op privéfeestjes (Decorte & Slock, 2005; Shearer e.a., 2007).

XTC

XTC werd eind jaren tachtig, begin jaren negentig razend populair als partydrug. Het succes van xtc hangt zeer sterk samen met de opkomst en de verspreiding van dance-muziek en de daarbij horende cultuur (Schrooten, 2007). XTC zorgde zelfs voor een gedaanteverwisseling van het uitgaansmilieu (langer open blijven en meer animatie en showelementen) in de jaren negentig om beter aan te sluiten bij de effecten (stimulerend en entactogeen) van het middel. Deze evolutie, samen met de typische pilvorm, de constante vernieuwing van het design (logo's en kleur) en een sterke prijsdaling van de drug hebben ervoor gezorgd dat XTC een uitmuntend commercieel product is dat zich marketinggewijs onderscheidt van alle andere partydrugs (Decuypere & Decorte, 2006).
In Vlaanderen is XTC, na cannabis, nog steeds de meest gebruikte illegale drug onder uitgaanders. Bijna één vijfde van de respondenten gebruikte het laatste jaar XTC, voornamelijk occasioneel. Dat percentage is vrij stabiel gebleven over de laatste vijf jaren (Van Havere e.a., 2008). Uit internationale literatuur blijkt dat het gebruik van xtc over zijn piek heen is. Het percentage gebruikers lijkt te stabiliseren en in sommige landen zelfs licht af te nemen (EWDD, 2007). Schifano e.a. (1998) wijzen er in hun onderzoek op dat gebruikers voornamelijk occasioneel gebruiken omdat de positieve en aangename effecten van het drugge-

bruik dalen bij frequent gebruik. Daarnaast tonen verschillende onderzoeken aan dat xtc-gebruikers typische combigebruikers zijn, die zowel legale als illegale middelen mixen met xtc (Allott & Redman, 2006; Akram & Galt, 1999; Schifano e.a., 1998; Topp e.a., 1999). Ten slotte blijkt dat xtc voornamelijk tijdens het uitgaan gebruikt wordt (Allott & Redman, 2006; Van Havere e.a., 2006).

Net zoals in 2004 zijn de sleutelfiguren die bevraagd werden in het Partywise-uitgaansonderzoek in 2006 het er over eens dat er recent meer XTC-pillen per uitgaansgelegenheid geslikt worden dan vroeger. Dat zou te maken hebben met de verminderde kwaliteit van XTC (Van Havere e.a., 2008). Uit onderzoek blijkt echter dat de kwaliteit van XTC vrij constant is gebleven sinds 1999. Dat betekent dat er andere factoren meespelen die ervoor zorgen dat XTC-gebruikers nu meer XTC-pillen slikken dan vroeger. Enerzijds zijn gebruikers aangewezen op hun eigen ervaringen omdat ze geen kans hebben om hun drugs te testen. Anderzijds wordt de invloed van tolerantie, stemming en verwachtingspatroon, die betrekking hebben op de beleving van de effecten van XTC, genegeerd of geminimaliseerd. Hierdoor worden andere effecten toegeschreven aan het product zelf en zijn specifieke samenstelling (Schrooten, 2005).

GHB & Ketamine

In Vlaanderen blijft het gebruik van GHB en ketamine beperkt over de jaren heen. In 2007 zien we wel een duidelijke stijging in vergelijking met 2003 en 2005. Het gebruik van GHB is verdubbeld en het gebruik van ketamine verdriedubbeld ten opzichte van 2003. Uit interviews met sleutelfiguren blijkt dat deze producten meer in specifieke scenes, zoals bijvoorbeeld de gay scene, voorkomen (Van Havere e.a., 2008). Deze lagere prevalentie van GHB en ketamine vinden we ook in andere Europese landen (EWDD, 2006). In Nederland is GHB de afgelopen jaren wel populairder geworden onder een steeds grotere groep van gebruikers (Pijlman e.a., 2003; Korf e.a., 2003). Toch beweert Doosje (2004) dat het gebruik van GHB in Nederland onder andere door de media overroepen is. Het gebruik van ketamine blijft in Nederland beperkt tot een kleine groep van gebruikers (Korf e.a., 2003; Pijlman e.a., 2003).

Volgens Dillon & Degenhardt (2001) is de introductie van GHB en ketamine in het uitgaanscircuit in Australië, eind jaren negentig, te wijten aan de minder goede kwaliteit van de XTC in deze periode. Daarnaast zouden gebruikers die regelmatig XTC innemen, minder effect ondervinden van de partydrug en dus op zoek gaan naar andere middelen die hun plezierbeleving in het uitgaansleven kunnen versterken.

Volgens De Loor (2006) zullen GHB en ketamine nooit razend populair worden in het uitgaansleven omdat ze een dempend effect hebben. Moore & Measham (2008) voegen daar nog aan toe dat de intensiteit van een ketamine-ervaring in een clubcontext voor heel wat gebruikers te overweldigend is. Ketamine zal nooit de status verwerven die XTC had, maar het is wel *één* van de clubdrugs die (door sommige uitgaanders) gebruikt wordt binnen een context van combidruggebruik, die zeer typisch is voor de dance-scene. Ketamine blijkt met name populair te zijn in een setting van afterparty's (thuis of op een rustige locatie)

waarbij de dromerige tot soms zeer intense effecten (K-hole experience) het best tot hun recht komen. De Ketamine-roes werd door één van de geïnterviewden omschreven als: 'the perfect way to end the night'.
GHB wordt door gebruikers vaak gecombineerd met andere middelen. De populaire combinaties van GHB met xtc of speed zijn te verklaren doordat de gebruiker door deze combinatie de dempende effecten van GHB kan bijsturen. Het gevaarlijkste aspect van het recreatieve gebruik van GHB is de moeilijke doseerbaarheid. Dit ligt aan de basis van de talrijke overdoseringen die GHB veroorzaakt in het uitgaansleven. Anderzijds worden deze overdosissen door 'ervaren' GHB-gebruikers niet per se als een negatieve ervaring gezien (Degenhardt e.a., 2005). Decuypere & Decorte (2006) vermoeden dat GHB na een poos van populariteit (de laatste 5 jaar) weer een zaak zal worden van een selecte groep van 'die hard' gebruikers, juist omwille van de moeilijke doseerbaarheid, de lage gebruiksvriendelijkheid van het product en het zwakke design in vergelijking met XTC (vloeistof is vloeistof).
GHB en in mindere mate ketamine hebben de reputatie verkrachtingsdrugs te zijn. Die term wijst erop dat slachtoffers onder invloed van deze middelen gewillig worden en (makkelijker) seksueel misbruikt kunnen worden. Recent onderzoek heeft echter duidelijk aangetoond dat slechts een zeer beperkt aantal seksuele geweldplegingen gebeuren onder invloed van GHB en ketamine. Het merendeel gebeurt onder invloed van benzodiazepines (slaap- en kalmeringsmiddelen), alcohol en cannabis (Djezzar, 2008).

Combigebruik

Combigebruik is een term die staat voor 'het gebruik van meer dan één drug door dezelfde persoon, waarbij de effecten van de verschillende drugs elkaar beïnvloeden'. De belangrijkste redenen om drugs te combineren zijn: het gewenste effect van een bepaalde drug versterken; het ongewenste effect van een product neutraliseren of afzwakken; vervanging van een ander product of conformeren aan de groep, omdat dat er bij hoort (Laudens, 2004).
Wereldwijd groeit de aandacht voor combigebruik (Pijlman e.a., 2003; Measham e.a., 2001; Nabben & Korf, 2000). Verschillende internationale onderzoeken bevestigen de trend van het toenemend combigebruik onder recreatieve druggebruikers in het uitgaansleven (Measham e.a., 2001; Nabben & Korf, 2000; Tossmann e.a., 2001; Winstock e.a., 2001; Parker & Williams, 2003; Riley & Hayward, 2004). Nochtans zijn de gevolgen van het combineren van verschillende drugs onvoorspelbaar en houdt combigebruik extra risico's in die de gezondheid van gebruikers in gevaar kunnen brengen (Van Havere e.a., 2008).
Vier vijfde van de laatstejaarsgebruikers van illegale drugs uit het Partywise uitgaansonderzoek in 2007 combineert alcohol met illegale drugs en iets meer dan de helft combineert verschillende illegale drugs. In Vlaanderen worden alcohol, cannabis, xtc en cocaïne het vaakst genoemd als middelen die gecombineerd worden. De combinatie alcohol met cocaïne komt vaker voor. Uit de interviews met uitgaanders blijkt dat combinaties vaak onbewust gebeuren, uit gewoonte.

Welke middelen gecombineerd worden is volgens de respondenten afhankelijk van het aanbod van die avond (Van Havere e.a., 2008).

Conclusie

Recreatief druggebruik wordt in de literatuur vaak gelinkt aan het uitgaansleven en aan voornamelijk jonge, sociaal geïntegreerde mensen die studeren of werken. Ze beschikken over een eigen inkomen en ondervinden weinig tot geen acute problemen door hun gebruik. Recreatieve druggebruikers zien hun gebruik als een onderdeel van hun vrije tijd waarin ze eens goed willen feesten en plezier maken. Ze willen de dagelijkse sleur en drukte ontvluchten.
De link tussen drugs, muziek en uitgaan bestaat al lang, maar recentelijk ligt de focus meer op partydrugs en elektronische dansmuziek. Uit Vlaams onderzoek blijkt dat er meer illegale druggebruikers voorkomen in de dance-scene. Of de muziekstijl het druggebruik stimuleert of het nemen van bepaalde drugs meer aanzet tot het luisteren naar bepaalde muziekstijlen, is niet duidelijk.
Mannen gebruiken meer en vaker illegale drugs dan vrouwen. Maar het verschil in gebruik tussen mannen en vrouwen die uitgaan verkleint over de jaren heen. Verder blijkt dat hoe ouder men is, hoe meer drugs men gebruikt. Dit zijn verschuivingen waarvan we de oorzaak kunnen zoeken in de evolutie van onze maatschappij (vrouwen nemen gedrag van mannen over, uitstel van volwassenheid, ...).
Op niveau van de middelen zien we enkele duidelijke trends in het recreatief druggebruik: cocaïnegebruik stijgt en het gebruik van xtc heeft zijn piek bereikt binnen het uitgaansleven. Het gebruik van GHB en ketamine neemt ook toe. Hoewel de gebruikspercentages van deze drugs voorlopig beperkt blijven, worden ze in de nabije toekomst nauwlettend opgevolgd. Het combineren van alcohol met andere illegale drugs of van verschillende illegale drugs tijdens één nacht heeft enkele jaren geleden een opmars gekend en blijft ook vandaag populair.
In hoeverre de normalisatie van druggebruik binnen het uitgaansleven een invloed heeft op deze trends, blijft ter discussie.

Literatuur

ADLAF, E.M. & SMART, R.G. (1997). Party subculture of dens of doom? An epidemiological study of rave attendance and drug use patterns among adolescent students. *Journal of psychoactive drugs, 29* (2), 193-198.

AKRAM, G. & GALT, M. (1999). A profile of harm-reduction strategies and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 6*, 215-225.

ALLOTT, K. & REDMAN, J. (2006). Patterns use and harm reduction practices of ecstasy users in Australia. *Drug and alcohol dependence, 82*, 168-176.

AUBREY, M., CHATTERTON, P. & HOLLANDS, R. (2001). *Youth culture and nightlife in -*

Bristol. UK: University of Newcastle.

BAKER, J.R. & YARDLEY, J.K. (2002). Moderating effect of gender on the relationship between sensation seeking-impulsivity and substance use in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 12 (1),* 27-43.

BELLIS, M.A., HUGHES, K., BENNETT, A. & THOMSON, R. (2003). The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs. *Addiction, 98,* 1713-1721.

CALAFAT, A., BOHRN, K., JUAN, M., KOKKEVI, A., MAALSTÉ, N., MENDES, F., ... & ZAVATTI, P. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use*. Sonar 98. Valencia: Irefrea.

CALAFAT, A., FERNANDEZ, C., JUAN, M. & BECONA, E. (2008). Recreational nightlife: risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: educations, prevention and policy, 15* (2), 189-200.

CALAFAT, A., FERNANDEZ, C., JUAN, M., ANTTILA, A., ARIAS, R., BELLIS, M., ... & ZAVATTI, P. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe: the role of moderation*. Palma de Mallorca: Irefrea.

CALAFAT, A., FERNANDEZ, C., JUAN, M., BELLIS, M., BOHRN, K., HEKKARAINEN, P., ... & ZAVATTI, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture: SONAR project*. Palma de Mallorca: Irefrea.

CHEN, M.J., MILLER, B.A., GRUBE, J.W. & WAITERS, E.D.(2006). Music, substance use, and aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, May, 373-381.

DECORTE, T., MUYS, M. & SLOCK, S. (2003). *Cannabis in Vlaanderen: Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers*. Leuven: Acco.

DECORTE, T. & SLOCK, S. (2005). *The taming of cocaine II: a 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*. Brussel: VUB University Press.

DECUYPERE, P. & DECORTE, T. (2006). Het succes van xtc in de danscultuur verklaard. Een 'lifetime achievement award' voor XTC! *Verslaving, Tijdschrift over verslavingsproblematiek, 2*, 2-13.

DE DONDER, E. & LAMBRECHTS, M.C. (2002). Situering problematisch middelengebruik. In E. DE DONDER, I. DE MAESENEIRE, M. GEIRNAERT, M.C. LAMBRECHTS, N. ROOSE, L. VAN BAELEN & G. VERSTUYF, *Alcohol- en druggebruik: gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening* (pp. 13-41). Mechelen: Kluwer.

DEGENHARDT, L., COPELAND, J. & DILLON, P. (2005). Recent trends in the use of "club drugs": an Australien review. *Substance Use & Misuse*, *40*, 1241-1256.

DE LOOR, A. (2006). *Persoonlijke communicatie tijdens DIMS-dag*. Medewerker van Stichting Adviesbureau drugs, Amsterdam.

DILLON, P. & DEGENHARDT, L. (2001). Ketamine and GHB: new trends in club drug use? *Journal of substance use*, *6*, 11-15.

DJEZZAR, S. (2008). *Chemical submission: protocol and results of a four-year national survey*. Oral presentation at the meeting on the drug criminal use and sexual assault facilitated by drugs, September 19th, 2008 in Paris.

DOOSJE, O. (2004). *Persoonlijke communicatie tijdens Club Health 2004*. Medewerker van het Trimbos-instituut, Nederland.

EUROPEES WAARNEMINGSCENTRUM VOOR DRUGS EN DRUGSVERSLAVING (2006). *Jaarverslag 2006: Stand van de drugsproblematiek in Europa*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EUROPEES WAARNEMINGSCENTRUM VOOR DRUGS EN DRUGSVERSLAVING (2007). *Jaarverslag 2007: Stand van de drugsproblematiek in Europa*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EUROPEES WAARNEMINGSCENTRUM VOOR DRUGS EN DRUGSVERSLAVING (2008). *Jaarverslag 2008: Stand van de drugsproblematiek in Europa*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EVENEPOEL, T. (2005). *Jaarverslag 2004*. Brussel: VAD.

FENDRICH, M., WISLAR, J.S., JOHNSON, T.P. & HUBBELL, A. (2003). A contextual profile of club drug use among adults in Chicago. *Addiction, 98*, 1693-1703.

FORSYTH, A.J.M., BARNARD, M. & MCKEGANEY, N.P. (1997). Musical Preference as an Indicator of Adolescent Drug Use, *Addiction, 92* (10), 1317-1325.

HERMANS, L. & SCHROOTEN, J. (2005). *Dossier cocaïne*. Brussel: VAD.

HOLMILA, M. & RAITASALO, K. (2005). Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction, 100* (12), 1763-1769.

ISRALOWITZ, R. & RAWSON, R. (2006). Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addictive Behaviors*, *31 (2)*, 355-358.

KORF, D.J., NABBEN, T. & BENSCHOP, B. (2003). *Antenne 2002: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers.* Amsterdam: Universiteit Amsterdam.

LAMBRECHT, P., ANDRIES, C. & ENGELS, T. (2002). *Trends in het genotmiddelengebruik bij adolescenten van Vlaams-Brabant: Onderzoek naar het tabak-, alcohol-, geneesmiddelen- en illegaal genotmiddelengebruik en andere risicogedragingen in de provincie Vlaams-Brabant bij jongeren van 12 tot 22 jaar.* Brussel: vakgroep ONLE – VUB.

LAMKADDEM, B. & ROELANDS, M. (red.) (2007). *Belgisch nationaal rapport over drugs – 2007*. EMCDDA: Lissabon.

LAUDENS, F. (2004). *Combigebruik. Dossier.* Brussel: VAD.

LIM, M.S.C., HELLARD, M.E., HOCKING, J.S. & AITKEN, C.K. (2008). A cross-sectional survey of young people attending a music festival: associations between drug use and musical preference. *Drug & Alcohol Review*, July, 439-441.

MALBON, B. (1999). *Clubbing. Dancing, Ecstacy and Vitality*. London: Routledge.

MAXWELL, J.C. (2005). Party drugs: properties, prevalence, patterns and problems. *Substance Use & Misuse*, *40*, 1203-1240.

MCCAMBRIDGE, J., MITCHESON, L., WINSTOCK, A. & HUNT, N. (2005). Five-years trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom. *Addiction*, *100*, 1140-1149.

MCCAUGHAN, J.A., CARLSON, R.G., FALCK, R.S. & SIEGAL, H.A. (2005). From "candy kids" to "chemi-kids": a typology of young adults who attend raves in the Midwestern United States. *Substance Use and Misuse, 40*, 1503-1523.

MEASHAM, F., ALDRIDGE, J. & PARKER, H. (2001). *Dancing on drugs: risk, health and hedonism in the British club scene.* London: Free Association Books.

MERCK (2008). *The Merck manual medical library*. Geraadpleegd op 21 november, 2008, van http://www.merck.com/mmpe/sec15/ch198/ch198a.html?qt=recreational&alt=sh.

MOORE, K. & MEASHAM, F. (2008). "It's the most fun you can have for twenty quid": motivations, consequences and meanings of British ketamine use. *Addiction research and theory*, *16* (3), 231-244.

MOORE, K. & MILES, S. (2004). Young people, dance and the sub-cultural consumption of drugs. *Addiction Research and Theory, 12 (2),* 507-523.

NABBEN, T. & KORF, D. (2000). *De combiroes: gecombineerd gebruik van alcohol met cannabis, cocaïne, xtc en amfetamine*. Amsterdam: Thela Thesis.

NABBEN, T., KOET, S. & KORF, D.J. (2007). *Nl. Trendwatch: Gebruikersmarkt uitgaansdrugs in Nederland: 2006-2007*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

O'CALLAGHAN, F.V. & HANNON, T. (2003). Normalization of marijuana use: Its effects on adolescents' intentions to use marijuana. *Substance use and misuse, 38* (2), 185-199.

OLSZEWSKI, D. & BURKHART, G. (2002). *Drugs in beeld: recreatief druggebruik – een belangrijke uitdaging voor de EU*. Lissabon: EMCDDA.

PARKER, H. (2003). Editorial: Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of

young drug users. *Addiction Research and Theory, 11* (3), 141-144.

PARKER, H. & WILLIAMS, L. (2003). Intoxicated weekends: young adults' work hard – play hard lifestyles, public health and public disorder. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 10* (4), 345-367.

PARKER, H. ALDRIDGE, J. & MEASHAM, F. (1998). *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use.* London: Routledge.

PARSONS, J.T., HALKITIS, P.N. & BIMBI, D.S. (2006). Club drugs use among young adults frequenting dance clubs and other social venues in New York City. *Journal of Child & Adolescent Abuse, 15* (3), 1-14.

PIJLMAN, P.T.A., KRUL, J. & NIESINK, R.J.M. (2003). *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

PLANT, M.L., PLANT, M.A. & MASON, W. (2002). Drinking, smoking and illicit drug use among British adults: gender differences explored. *Journal of Substance Use, 7* (1), 24-33.

RILEY, S. & HAYWARD, E. (2004). Patterns, trends and meanings of drug use by dance drug users in Edinburgh, Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 11* (3), 243-262.

SCHIFANO, F., DI FURIA, L., FORZA, G., MINIUCI, N. & BRICOLO, R. (1998). MDMA consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients. *Drug and alcohol dependence, 52*, 85-90.

SCHROOTEN, J. (2005). De samenstelling van xtc en pill testing. In T. DECORTE (red), *Ecstasy in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs* (pp. 41-58). Leuven: Acco.

SCHROOTEN, J. (2007). *Dossier XTC.* Brussel: VAD.

SHAPIRO, H. (1988). *Waiting for the man: the story of drugs and popular music.* London: Quartet Books.

SHEARER, J., JOHNSTON, J., FRY, C.L., KAYE, S., DILLON, P., DIETZE, P. & COLLINS, L. (2007). Contemporary cocaine use patterns and associated harms in Melbourne and Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review, 26*, 537-534.

SOELLNER (2005). Club drug use in Germany. *Substance Use & Misuse, 40*, 1279-1293.

TER BOGT, T.F.M. & ENGELS, R.C.M.E. (2005). "Partying" hard: party style, motives for and effects of MDMA use at rave parties. *Substance Use & Misuse, 40* (9-10), 1479-1502.

TOPP, L., HANDO, J., DILLON, P., ROCHE, A. & SOLOWIJ, N. (1999). Ecstasy use in Australia: patterns of use and associated harm. *Drug and Alcohol Dependence, 55*, 105-115.

TOSSMANN, P., BOLDT, S. & TENSIL, M.D. (2001). The use of drugs within the techno party scene in European metropolitan cities. *European addiction research, 7,* 2-23.

VAN HAVERE, T., DE DONDER, E., GEIRNAERT, M., ROSIERS, J. & SCHROOTEN, J. (2008). *Partywise uitgaansonderzoek: kwantitatief en kwalitatief uitgaansonderzoek – 2006 & 2007*. VAD: Brussel.

VAN HAVERE, T., DE DONDER, E., GEIRNAERT, M., ROSIERS, J. & SCHROOTEN, J. (2006). *Partywise: Kwantitatief onderzoek naar trends in druggebruik in het uitgaansleven – 2005*. Brussel: VAD.

WEIR E. (2000). Raves: a review of the culture, the drugs and the prevention of harm. *Canadian Medical Association Journal*, *162* (13), 1843-1848.

WIKIPEDIA (2008). *Recreational drug use*. Geraadpleegd op 21 november, 2008, van http://en.wikipedia.org/wiki/Recreational_drug_use.

WINSTOCK, A.R., GRIFFITHS, P. & STEWART, D. (2001). Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK. *Drug and Alcohol Dependence, 64*, 9-17.

WIRED FOR HEALTH (2008). *Types of drug use*. Geraadpleegd op 21 november, 2008, van http://www.wiredforhealth.gov.uk/cat.php?catid=894&docid=7258.

YACOUBIAN G.S., BOYLE, C., HARDING, C.A. & LOFTUS, E.A. (2003). It's a rave new world: estimating the prevalence and perceived harm of ecstasy and other drug use among club rave attendees. *Journal of Drug Education, 33* (2), 187-196.

ZILBERMAN, M., TAVARES, H. & EL-GUEBALY, N. (2003). Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol- and other substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases, 22* (4), 61-74.

11 Hoofdstuk 11

Harm Reduction bij problematisch druggebruik[179]

André van Gageldonk
Senior wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut

Genotzucht, en dus ook genotmiddelen, horen bij de mens. In de meeste landen is bezit en gebruik van bepaalde genotmiddelen strafbaar en zijn het illegale drugs geworden. Vaak is totale onthouding het uiteindelijke doel van behandeling tegen verslaving aan dat soort middelen. Dat doel blijkt niet bereikbaar, zeker niet op korte termijn, voor een groot deel van de gebruikers. Sinds enkele decennia worden in steeds meer landen niet alleen behandeling maar ook andere interventies toegepast die meer bescheiden doelen hebben. Hierbij gaat het niet om gebruikers van de drugs af te helpen, maar om de risico's en bijbehorende problemen van druggebruik te verminderen. In de Engelstalige literatuur staan dergelijke interventies bekend als harm reduction. Ter vereenvoudiging van de tekst wordt hieronder dit begrip overgenomen. Harm reduction vond meer weerklank om humanitaire redenen, bijvoorbeeld omdat behandeling niet goed blijkt te werken, maar vooral ook uit angst voor besmettelijke ziekten. Het meest bekende voorbeeld is wel het voorkomen of bestrijden van HIV-infecties. Dit werd enkele decennia terug actueel toen een epidemie dreigde en waarbij het gebruik van besmette injectienaalden onder druggebruikers één van de risicofactoren voor infectie was. Druggebruikers werden toen één van de doelgroepen voor preventie van HIV/AIDS.

Diverse interventies en doelen

Harm reduction is een betrekkelijk vaag begrip dat in de eerste plaats op vermindering van risico's en met druggebruik samenhangende problemen duidt. Maar harm reduction heeft ook allerlei indirecte doelen: stabilisering van de levenswijze van druggebruikers; vermindering van het gebruik van illegale drugs; het staken van ander riskant gedrag zoals het onhygiënisch gebruik van injectienaalden; of het verminderen van de kans op een overdosis. Verder gaat het weliswaar primair om harm reduction voor de druggebruikers (verwaarlozing, ziek-

[179] Dit artikel is gebaseerd op een literatuurstudie die onderdeel was van een onderzoek dat in opdracht van de Europese Commissie werd uitgevoerd (Van der Gouwe e.a., 2006). Deze studie was ook gericht op harm reduction beleid en op de praktijk van harm reduction in de lidstaten. Dit om na te gaan in hoeverre lidstaten de aanbevelingen voor dergelijke maatregelen van de Europese Commissie uit 2003 hebben overgenomen.

ten, overlijden), maar impliciet of expliciet vaak ook om harm reduction voor de omgeving van de gebruiker (levenspartner, kinderen) of de maatschappij (infectieziekten). Voorbeelden van harm reduction interventies zijn preventie en behandeling van infectieziekten, het proberen te voorkomen dat iemand overlijdt aan een overdosis, onderhoudsbehandeling voor opiaatverslaafden om het heroïnegebruik te minderen of te stoppen, heroïneverstrekking op medisch voorschrift aan een selecte groep gebruikers (die ongeschikt blijken voor onderhoudsbehandeling) of het aanbieden van spuitruimten om zo veilig mogelijk drugs te kunnen injecteren.

Steeds meer toegepast

In een recent rapport van het Europese drugscentrum in Lissabon wordt verdedigd dat in Europa de bestaande weerstanden tegen harm reduction langzamerhand lijken af te nemen (Hedrich e.a., 2008). Diverse landen die hier vroeger tegen waren, staan harm reduction tegenwoordig oogluikend toe, ook al wordt dit niet altijd zo in formele beleidsvoornemens bevestigd. Uit een lopend onderzoek voor de Europese Commissie blijkt dat ook buiten Europa eenzelfde verschil bestaat tussen formeel beleid en beleid zoals het werkelijk wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld in Brazilië, Rusland en Iran (Reuter e.a., verwacht begin 2009). Een laatste voorbeeld van het veranderende beeld over harm reduction werd in 2007 aangereikt door de directeur van de United Nations Office on Drug Control (UNODC), Antonio Maria Costa, destijds een fervent tegenstander van harm reduction. Hij liet zich in tegenstelling tot vroeger in opvallend positieve bewoordingen uit over deze benadering: *“Harm reduction is often made an unnecessary controversial issue as if it was a contradiction between prevention and treatment on one hand and reducing the adverse health and social consequences of drug use on the other. This is a false dichotomy. They are complementary.”* (UNODC, 2007).

Effecten moeilijk te meten

De afgelopen decennia zijn veel onderzoekspublicaties en overzichten verschenen naar de effecten van harm reduction interventies. Onderzoekers verschillen nog steeds van mening over hoe je het effect van dergelijke interventies mag of zou moeten meten. Het blijkt doorgaans namelijk moeilijk om de effecten van diverse harm reduction interventies goed te onderzoeken. Daarom worden de resultaten vaak in voorzichtige bewoordingen (waarschijnlijk, wellicht ...) gerapporteerd. Dit heeft deels te maken met het feit dat harm reduction nog lang niet overal is toegestaan (bijvoorbeeld heroïneverstrekking op medisch voorschrift, hostels of opvanghuizen voor verslaafden). Hierdoor wordt het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek lastiger. Een tweede punt is dat druggebruikers die er ernstig aan toe zijn en die het meeste baat zouden hebben bij harm reduction, een grotendeels verborgen groep zijn, waardoor meestal bij lange na niet alle

potentiële cliënten bereikt worden. Deze twee nadelen ('verbod en verborgen') zijn niet de enige die de waarde van veel onderzoek verminderen. Vaak kan namelijk evenmin worden gecontroleerd of deelnemers de aangeboden interventies wel op de juiste wijze gebruiken. Aanhangers van harm reduction stellen nogal eens dat het gebrek aan resultaten van goed onderzoek geen reden mag zijn om acties voor deze kwetsbare doelgroep uit te stellen, zeker wanneer in de praktijk blijkt dat de resultaten veelal gunstig uitpakken en de maatschappij er ook baat bij heeft. Hoe dit ook zij, goed onderzoek blijft nodig, maar is om praktische, morele of politieke redenen moeilijk uitvoerbaar en de vraag is of we moeten blijven wachten op dit onderzoek om actie te ondernemen om de situatie van druggebruikers en voor de samenleving te verbeteren.

Resultaten van beschikbaar onderzoek

Wat kan over het effect van harm reduction interventies worden gezegd? Daarbij moeten we te rade gaan bij de resultaten van het beschikbare internationale (en soms nationale) onderzoek. Dit onderzoek rapporteert specifieke effecten, bijvoorbeeld vermindering van druggebruik, verbetering van de gezondheid of minder overlast in de buurt waar druggebruikers zich ophouden. Het gaat hierbij om gemiddelde effecten, dus de resultaten zijn niet per se geldig voor iedere willekeurige individuele druggebruiker. Ook moet worden bedacht dat de resultaten van internationaal onderzoek niet automatisch gelden voor de situatie in België of Nederland. Toch is het de moeite waard te bekijken wat hierover inmiddels bekend is. Voor een uitgebreide beschrijving van dit onderzoek, de gebruikte methode en de resultaten, verwijzen we naar het onderzoeksrapport waarop dit artikel is gebaseerd (Van der Gouwe e.a., 2006). De meer in details geïnteresseerden verwijzen we eveneens naar een eerdere overzichtsstudie van Ritter en Cameron (2005) met gelijklopende resultaten.
Ten slotte dient te worden benadrukt dat hieronder niet alle bestaande harm reduction maatregelen beschreven worden. Maatregelen gericht op bijvoorbeeld risicovermindering bij recreatief druggebruik of bij druggebruik in gevangenissen zijn niet meegenomen. Deze werden evenmin meegenomen in de studie van Van der Gouwe e.a. (2006) omdat hierover (gemeten naar de beoordelingscriteria die in die studie werden gebruikt) nog onvoldoende bewijs voor effectiviteit uit goede onderzoeken bestaat.

Preventie en behandeling van infectieziekten

Onder preventie en behandeling van infectieziekten vallen diverse interventies die op effectiviteit zijn onderzocht en waarvan de resultaten hieronder worden gepresenteerd.

Ten eerste het *informeren over de risico's van (bepaalde vormen van) druggebruik.* Dit kan door het verspreiden van begrijpelijk geschreven voorlichtingsfolders, door boodschappen via audiovisuele media of door het geven van per-

soonlijke raad. Onderzoek naar het effect van deze interventies is al oud en het blijkt dat dit soort interventies (zowel in het algemeen als bij preventie van infectieziekten) alleen op kòrte termijn het bewustzijn over de risico's van druggebruik vermeerderen. Ze vergroten de parate kennis over en het inzicht in die risico's, maar het druggebruik zèlf verandert er niet door. Uit onderzoek blijkt dat wanneer voorlichting deel uitmaakt van een aantal interventies, dit de kans op effectiviteit van die interventies verhoogt (Aggleton e.a., 2005).

Ten tweede is er de zogenaamde *outreach hulp*, waarbij op actieve manier contact wordt gezocht en onderhouden met verborgen groepen druggebruikers op plaatsen waar ze zich ophouden. Na het winnen van hun vertrouwen, wordt met verschillende interventies geprobeerd om de risico's op infectieziekten te verminderen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het aanleren van vaardigheden om riskante situaties te herkennen en riskant gedrag te vermijden. Uit vele studies blijkt dat outreach hulp riskant druggebruik, zoals het met gebruikte, vuile naalden injecteren van drugs, vermindert (Needle e.a., 2005). Deze interventies verminderen daarmee vermoedelijk ook de kans op HIV-infecties onder druggebruikers (Wiebel e.a., 1996; Des Jarlais e.a., 1998).
Outreach hulp wordt ook aangewend om druggebruikers (en andere groepen) te overhalen om zich na enige voorlichting gratis te laten testen op infectieziekten. Dit blijkt riskant gedrag op korte termijn aanzienlijk te kunnen verminderen, maar of dit gunstige resultaat ook op wat langere duur beklijft is onzeker (Gibson e.a., 1998).

Een inmiddels bekende interventie is *spuitenruil en verstrekking van schone injectienaalden* op bepaalde punten in de stad. Het vele onderzoek dat hiernaar is uitgevoerd, laat zien dat het onderling ruilen van (vuile) naalden aanzienlijk vermindert wanneer men aan dergelijke programma's deelneemt (Wodak & Cooney, 2004; 2005). Echter, of ook het aantal infecties hierdoor vermindert of dat dit eerder komt door andere factoren, zoals het deelnemen aan HIV-tests en -voorlichting, blijft door tekorten in de onderzoeksopzet nog onduidelijk (Amundsen, 2006). Op grond van alle onderzoeksresultaten wordt wel aangenomen dat deze interventies samen de verspreiding van HIV-besmetting onder druggebruikers verminderen.

Gratis aangeboden preventieve *vaccinaties* tegen hepatitis B via een publiekscampagne zijn meestal gericht op verschillende risicogroepen. Zo hoopt de overheid de verspreiding van dergelijke ziekten tegen te gaan. Druggebruikers vormen slechts één van de doelgroepen van zo'n vaccinatiecampagne. In het algemeen zijn vaccinaties tegen hepatitis B effectief, maar de effecten kunnen tegenvallen onder druggebruikers door niet deel te nemen aan zo'n campagne of door het voortijdig afhaken waardoor deelnemers aan de eerste vaccinatie de vervolgvaccinaties missen (Jilg & Van Damme, 2004).

Behandeling van HIV-infecties met zogenaamde *antiretrovirale therapie* die als onderhoudsbehandeling wordt toegepast, blijkt de virale activiteit te verminderen, de lichamelijke weerstand tegen deze ziekte te verbeteren en verergering van deze anti-immuunziekte te kunnen voorkomen. Vooral combinaties van diverse geneesmiddelen lijken goede resultaten te geven, maar ook meer kans op

bijwerkingen. Vermindering van het aantal medicijnen in deze combinatietherapie lijkt helaas ook de effectiviteit ervan te reduceren (Rutherford e.a., 2003). Om de voorgeschreven doses van deze levenslange therapie vol te houden en eventuele ongunstige bijwerkingen te weerstaan, is veel discipline vereist (Haddad e.a., 2000). De resultaten van deze behandeling vallen onder druggebruikers vermoedelijk minder gunstig uit omdat men bijvoorbeeld gemiddeld pas in een laat stadium van de ziekte gaat deelnemen, de discipline mist om zich te houden aan de voorgeschreven behandeling, drugs blijft gebruiken of omdat men nog een andere chronische infectieziekte heeft, zoals hepatitis C (Donoghoe e.a., 2007; Lert & Kazatchkine, 2007).
Behandeling – wekelijks één injectie – met nieuwe varianten van medicijnen *tegen hepatitis C* (peg interferon, eventueel gecombineerd met ribavirin) blijkt de meest effectieve behandeling (Chander e.a., 2002; Stein e.a., 2002; Brok e.a., 2005). Als zo'n behandeling een half jaar tot een jaar wordt volgehouden, dan stabiliseert dit de schadelijke virale reacties bij 46 tot 82 procent van de deelnemers. Echter, driekwart blijft last hebben van bijwerkingen waardoor medische hulp nodig is (WHO/HEN, 2005).

Preventie van drugsdoden

Preventie van overlijden door opiaatoverdosis (drugsdoden) is niet vaak onderzocht en dit is ook lastig. Het beschikbare onderzoek laat zien dat gunstige resultaten afhankelijk zijn van een gecombineerde toepassing van diverse activiteiten. Zo blijkt naloxon een kortwerkend, duur maar effectief middel te zijn om de kans op overlijden als gevolg van een overdosis van opiaten teniet te doen (Dettmer e.a., 2001; Darke & Hall, 2003). Dit middel heeft geen nadelige bijwerkingen, maar soms is een tweede dosis nodig als de eerste niet goed werkt en soms is ook aanvullende noodbeademing nodig. Dit maakt dat medische hulp in veel gevallen noodzakelijk is om deze behandeling goed uit te kunnen voeren. Ziekenhuisopname kan eveneens geïndiceerd zijn (Schulz-Schaeffer & Puschel, 1995). De kans op effectiviteit neemt toe wanneer ambulancepersoneel hiervoor getraind is. Onderzoek laat ook zien dat een tevoren getraind familielid, partner of vriend en het thuis voorradig hebben van naloxon, de kans op overlijden door overdosis waarschijnlijk vermindert (NACD, 2003; Worthington e.a., 2006; Baca & Grant, 2005). Ten slotte lijkt deelname aan methadononderhoudsprogramma's met gebruik van hogere doses het gemiddeld aantal drugsdoden te verminderen (Caplehorn e.a., 1996; Faggiano e.a., 2003; Brugal e.a., 2005).

Onderhoudsbehandeling

Diverse andere resultaten van onderhouds- of substitutiebehandeling voor opiaatverslaafden zijn in de afgelopen decennia veelvuldig onderzocht. Meestal gaat het om methadonbehandeling, maar er is het afgelopen decennium ook veel aandacht voor buprenorfine (ook bekend onder de naam Subutex®). Dit

laatste middel wordt beschouwd als een goede vervanger wanneer druggebruikers geen methadon willen innemen, dit niet verdragen of nog niet zolang methadon toegediend krijgen. Hogere doses methadon (meer dan 80 mg/dag) leveren gemiddeld een beter resultaat, maar dergelijke doses dienen individueel te worden vastgesteld. Met druggebruik samenhangende criminaliteit vermindert niet opvallend door deze onderhoudsbehandelingen (Davids & Gastpar, 2004). Beide substitutiemiddelen verbeteren de therapietrouw (methadon lijkt dit wat beter te doen) en reduceren het opiaatgebruik (West e.a., 2000; Barnett e.a., 2001; Mattick e.a., 2003a; 2003b; Amato e.a., 2005). Het gebruik van opiaten vermindert gemiddeld nog meer als de onderhoudsbehandeling gecombineerd wordt met gedragsgerichte psychosociale interventies (Amato e.a., 2004; Farrell e.a., 2005). Hoewel er nog onvoldoende goed onderzoek over dit onderwerp werd uitgevoerd, is het verdedigbaar dat de patiënt meer baat heeft bij onderhoudsbehandeling die wordt ondersteund door medische controle en verzorging, dan bij behandeling waarbij dit achterwege wordt gelaten (Hunt e.a., 2005; Loth e.a., 2005). Ten slotte is – met gunstige resultaten – geëxperimenteerd met het geven van beloningen voor goed gedrag, bijvoorbeeld in de vorm van tegoedbonnen waarvoor specifieke goederen kunnen worden aangeschaft. Het blijft echter onduidelijk of deze resultaten langer dan drie maanden stand houden (Griffith e.a., 2000; Preston e.a., 2000; 2002).

Heroïneverstrekking op medisch voorschrift

Heroïneverstrekking op medisch voorschrift wordt in sommige landen toegepast en enkele andere landen experimenteren hier nog mee. Deze “interventie” reserveert men meestal voor heroïnegebruikers die er slecht aan toe zijn en niet goed reageren op of niet deel willen nemen aan (onderhouds)behandeling (Van den Brink e.a., 2003; Haasen e.a., 2007). Gecontroleerde heroïneverstrekking beoogt het verbeteren van de gezondheid en het psychosociaal functioneren. Ook probeert men hiermee de verwervingscriminaliteit en andere overlast te verminderen. De resultaten van tot nog toe afgeronde onderzoeken geven duidelijk aan dat deze interventie geen nadelige bijwerkingen heeft en de maatschappelijke overlast inderdaad vermindert. Verder blijkt dat bij langer durende verstrekking van heroïne de gezondheid en het sociaal functioneren stabiliseert of minder snel achteruit gaat dan voor deelname aan het experiment (Perneger e.a., 1998; Uchtenhagen e.a., 1999; Rehm e.a., 2001; Van den Brink e.a., 2002; 2003). Bijgebruik van illegale heroïne of methadon blijkt niet helemaal te vermijden. In een van de studies werd een samengestelde uitkomstmaat gebruikt waarin ook het verkrijgen van werk en familiecontacten zijn meegenomen. Op deze uitkomsten verbeterden de deelnemers in vergelijking met de methadongroep. Het wachten is op de uitkomsten van nog lopende studies om meer zekerheid te verkrijgen over de gevolgen van deze interventie. Gezien de verschillen in omstandigheden tussen landen waar deze (vaak politiek beladen) experimenten plaatsvinden, zal het echter moeilijk blijven om de resultaten van deze experimenten op systematische wijze samen te vatten (Fischer e.a, 2007).

Gebruikersruimten

In gebruikersruimten kunnen gebruikers (niet alleen injecterende druggebruikers) onder toezicht en veilig (bijvoorbeeld met schone naalden) hun drugs gebruiken zonder zich opgejaagd te voelen en onnodige risico's te nemen. Vaak is er een aparte kamer voor voorlichting en medisch onderzoek en een woonkamer met televisie waar ook wat genuttigd kan worden. Meestal kunnen in een afzonderlijke kamer en onder toezicht drugs gebruikt worden. De bedoeling van gebruikersruimten is vermindering van overlast op straat, bijvoorbeeld door rondzwervende naalden, maar ook preventie van infectieziekten en sterfte door overdoses. Het effect van deze voorzieningen is niet gemakkelijk te onderzoeken, waardoor conclusies over effecten moeilijk getrokken kunnen worden. Drie studies laten echter gunstige resultaten zien. Er blijkt een sterk verband tussen de aanwezigheid van dergelijke ruimten enerzijds en vermindering van infectieziekten en sterfte door druggebruik anderzijds (MSIC, 2003; Poschadel e.a., 2003; Kerr e.a., 2005). Eén van deze studies liet ook een duidelijk verband zien met vermindering van het delen van vuile, al gebruikte injectienaalden onder gebruikers (Kerr e.a., 2005).

Tot slot

Vergeleken met tien jaar geleden is er veel meer wetenschappelijk bewijs beschikbaar gekomen over de effectiviteit van harm reduction interventies. Men kan strijden over de definitie van 'voldoende' en 'onvoldoende' *evidence*, maar voor sommige interventies is nu wel min of meer duidelijk dat ze (gemiddeld) gunstige effecten hebben op de druggebruiker en zijn omgeving. Voorbeelden hiervan zijn preventieve vaccinatie gericht op hepatitis B, behandeling van infectieziekten, onderhoudsbehandeling van opiaatverslaafden, preventie van overlijden door naloxon en heroïneverstrekking op medisch voorschrift. Van andere interventies biedt het beschikbare onderzoek nog onvoldoende bewijskracht, maar dat wil niet zeggen dat die interventies niet effectief zijn. Dit oordeel geldt voor outreach hulp in de wijk of op andere plekken waar druggebruikers zich ophouden. Hun riskante gedrag, zoals het gebruik van vuile spuiten, vermindert er door. Het geldt ook voor onderhoudsbehandeling wanneer specifiek gelet wordt op vermindering van drugsdoden.
Interventies waarvan we over de effectiviteit eigenlijk nog te weinig weten, zijn het informeren over de risico's van druggebruik via voorlichtingsmaterialen. Deze strategie is vermoedelijk nodig als aanvulling van een pakket van meerdere op gedragsverandering gerichte interventies.
Wanneer we letten op goed uitgevoerd onderzoek dan weten we ook nog te weinig over spuitenruil. Dat ligt echter deels ook aan de beperkende omstandigheden waaronder dit onderzoek in veel landen kan worden uitgevoerd. Het beschikbare onderzoek van mindere kwaliteit geeft aan dat vuile spuiten minder gebruikt worden bij deelname aan zo'n programma. Echter, of een duidelijke vermindering van infectieziekten het gevolg is van spuitenruil is minder gemak-

kelijk aan te tonen. Ook blijft het nog onzeker of outreach hulp infectieziekten vermindert.
Andere harm reduction interventies zijn nog niet op goede manier onderzocht, waardoor de effectiviteit ervan onduidelijk blijft. Het lijkt bijvoorbeeld plausibel dat, wanneer druggebruikers tijdig worden gewaarschuwd voor vervuilde drugs (omdat dit regelmatig wordt getest en gemeld via de massamedia), dit het risico op ernstige gezondheidsproblemen vermindert. Hetzelfde geldt voor hostels of opvanghuizen voor druggebruikers. Toekomstig onderzoek zal moeten uitmaken op welke uitkomsten (druggebruik, overlast, reïntegratie, etcetera) dergelijke voorzieningen gunstige effecten hebben.

Literatuur

AGGLETON, P., JENKINS, P. & MALCOLM, A. (2005). HIV/AIDS and injecting drug use: Information, education and communication. *The International Journal of Drug Policy* 16 (Suppl.), S21-S30.

AMATO, L., DAVOLI, M., PERUCCI, C.A., FERRI, M., FAGGIANO, F. & MATTICK, R.P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment 28*, 321-329.

AMATO, L., MINOZZI, S., DAVOLI, M., VECCHI, S., FERRI, M. & MAYER, S. (2004). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist treatments alone for treatment of opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* 4, No.: CD004147, DOI: 10.1002/ 14651858.CD004147

AMUNDSEN, E.J. (2006). Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users. *Addiction, 101*, 911-912.

BACA, C.T. & GRANT, K.J. (2005). Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction, 100*, 1823-1831.

BARNETT, P.G., RODGERS, J.H. & BLOCH, D.A. (2001). A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction, 96*, 683-690.

BROK, J., GLUUD, L.L. & GLUUD, C. (2005). Ribavirin plus interferon versus interferon for chronic hepatitis C. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD005445, DOI: 10.1002/ 14651858.CD005445

BRUGAL, M.T., DOMINGO-SALVANY, A., PUIG, R., BARRIO, G., GARCIA DE OLALLA, P. & DE LA FUENTE, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction, 100* (7), 981-989.

CAPLEHORN, J., DALTON, S., HALDAR, F., PETRANAS, A. & NISBET, J. (1996). Methadone maintenance and addicts risk of fatal heroin overdose. *Substance Use & Misuse, 31*, 177-196.

CHANDER, G., SULKOWSKI, M.S., JENCKES, M.W., TORBENSON, M.S., HERLONG, F.H., BASS, E.B. & GEBO, K.A. (2002). Treatment of hepatitis C: A systematic review. *Hepatology, 36*, 5B: S135-S144.

DARKE, S. & HALL, W. (2003). Heroin overdose: Research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health, 80* (2), 189-200.

DAVIDS, E., GASTPAR, M. (2004). Buprenorphine in the treatment of opioid dependence. *European Neuropsychopharmacology, 14*, 209-216.

DETTMER, K., SAUNDERS, B. & STRANG, J. (2001). Take home naloxone and the preven-

tion of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *British Medical Journal, 322*, 895-896.

DES JARLAIS, D.C., HAGAN, H., FRIEDMAN, S.R., FRIEDMAN, P., GOLDBERG, D., FRISCHER, M., ... MYERS, T. (1998). Preventing epidemics of HIV-1 among injecting drug users. In G. STIMSON, D.C. DES JARLAIS & A. BALL (red.), *Drug injecting and HIV infection: Global dimensions and local responses* (pp. 183-200). London: University College of London Pres.

DONOGHOE, M.C., BOLLERUP, A.R., LAZARUS, J.V., NIELSEN, S. & MATIC, S. (2007). Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004. *International Journal of Drug Policy, 18*, 271-280.

FAGGIANO, F., VIGNA-TAGLIANTI, F., VERSINO, E. & LEMMA, P. (2003). Methadone maintenance at different doses for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* 3, Art. No.: CD002208,DOI: 10.1002/ 14651858.CD002208

FARRELL, M., MARSDEN, J., LING, W., ALI, R. & GOWING, L. (2005). Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal of Drug Policy,16* (Suppl. 1), S67-S75.

FISHER, B., OVIEDO-JOEKES, E., BLANKEN, P., HAASEN, C., REHM, J., SCHECHTER, M.T., ... & VAN DEN BRINK, W. (2007). Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: A brief update on science and politics. *Journal of Urban Health, 84 (*4), 552-560.

GIBSON, D.R., MCCUSKER, J. & CHESNEY, M. (1998). Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behaviour in injecting drug users. *AIDS, 12*, 919-929.

GRIFFITH, J.D., ROWAN-SZAL, G.A., ROARK, R.R. & SIMPSON, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 58*, 55-66.

HAASEN, C., VERTHEIN, U., DEGKWITZ, P., BERGER, J., KRAUSZ, M., NABER, D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 191*, 55-62.

HADDAD, M., INCH, C., GLAZIER, R.H., WILKINS, A.L., BAYOUMI, A., ROURKE, S. (2000). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/ AIDS. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* 3, Art. No.: CD001442, DOI: 10.1002/ 14651858.CD001442

HEDRICH, D., PIRONA, A. & WIESSING, L. (2008). From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs, education, prevention and policy, 15* (6), 503-517.

HUNT, N., TRACE, M. & BEWLEY-TAYLOR, D. (2005). *Reducing drug-related harms to health: an overview of the global evidence*. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report 4.

JILG, W. & VAN DAMME, P. (red.) (2004). Proceedings of the Spring Meeting of the Hepatitis Prevention Board, March 11-12, 2004 in Sevilla. *Viral Hepatitis, 13* (1),1-20.

KERR, T., TYNDALL, M., LI, K., MONTANER, J. & WOOD, E. (2005). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug use. *Lancet, 366*, 316-318.

LERT, F. & KAZATCHKINE, M.D. (2007). Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: An evidence-based overview. *International Journal of Drug Policy,18*, 255-261.

LOTH, C., OLIEMEULEN, L. & DE JONG, C. (2005). *RIOB. Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling.* Utrecht: GGZ Nederland.

MATTICK, R.P., BREEN, C., KIMBER, J. & DAVOLI, M. (2003a). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD002209, DOI: 10.1002/ 14651858.CD002209

MATTICK, R.P., KIMBER, J., BREEN, C. & DAVOLI, M. (2003b). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2, Art. No.: CD002207, DOI: 10.1002/ 14651858.CD002207

MSIC EVALUATION COMMITTEE (2003). *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre.* Sydney: MSIC Evaluation Committee.

NACD (2003). *Use of naloxone in the management of opiate dependence syndrome.* Dublin: National Advisory Committee on Drugs.

NEEDLE, R.H., BURROWS, D., FRIEDMAN, S.R., DORABJEE, J., TOUZÉ, G., BADRIEVA, L., ... LATKIN, C. (2005). Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/ AIDS among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy, 16 (*Suppl. 1), S45-S57.

PERNEGER, T.V., GINER, F., DEL RIO, M. & MINO, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal 317* (4),13-18.

POSCHADEL, S., HÖGER, R., SCHNITZLER, J. & SCHRECKENBERGER, J. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.* Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Schriftenreihe Bd 149). Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft.

PRESTON, K.L., UMBRICHT, A. & EPSTEIN, D.H. (2000). Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. *Archives of General Psychiatry, 57*, 395-404.

PRESTON, K.L., UMBRICHT, A. & EPSTEIN, D.H. (2002). Abstinence reinforcement maintenance contingency and one-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 125-137.

REHM, J., GSCHWEND, P., STEFFEN, T., GUTZWILLER, F., DOBLER-MIKOLA, A. & UCHTENHAGEN, A. (2001). Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet, 358*, 1417-1420.

REUTER, P., TRAUTMANN, F. e.a. (verwacht begin 2009). Werktitel: *Detailed analysis of the operation of the world market in illicit drugs and of policy measures to curtail it.* Trimbos Institute/RAND.

RITTER, A. & CAMERON, J. (2005). *A systematic review of harm reduction.* Fitzroy (Australia): Turning Point Alcohol and Drug Centre (Drug Policy Modelling Project Monograph Series).

RUTHERFORD, G.W., SANGANI, P.R. & KENNEDY, G.E. (2003). Three- or four- versus two-drug antiretroviral maintenance regimens for HIV infection. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, Art. No.: CD002037, DOI: 10.1002/ 14651858.CD002037

SCHULZ-SCHAEFFER, W.J. & PUSCHEL, K. (1995). Harm reduction: aspects of prevention and handling of drug addict emergencies. *European Addiction Research, 1*, 121-127.

STEIN, K., DALZIEL, K., WALKER, A., MCINTYRE, L., JENKINS, B., HORNE, J., ... ROUND, A. (2002). Screening for hepatitis C among injecting drug users and in genitourinary medicine clinics: systematic reviews of effectiveness, modelling study and national survey of current practice. *Health Technology Assessment, 6* (31), 1-122.

UCHTENHAGEN, A., DOBLER-MIKOLA, A., STEFFEN, T., GUTZWILLER, F., BLÄTTLER, R. & PFEIFER, S. (1999). *Prescription of narcotics for heroin addicts. Main results of the Swiss National Cohort Study.* Basel: Karger.

UNODC (2007). Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach [discussion paper]. Vienna:United Nations Office on Drugs and Crime.

VAN DEN BRINK, W., HENDRIKS, V., BLANKEN, P., HUIJSMAN, I.A. & VAN REE, J.M. (2002).

Medical co-prescription of heroin. Two randomised controlled trials. Utrecht: Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH).

VAN DEN BRINK, W., HENDRIKS, V.M., BLANKEN, P. & KOETER, M.W.J. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal, 327*, 310-316.

VAN DER GOUWE, D., GALLÀ, M., VAN GAGELDONK, A., CROES, E., ENGELHARDT, J., VAN LAAR, M. & BUSTER, M. (2006). *Prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. An inventory of policies, evidence and practices in the EU relevant to the implementation of the Council Recommendation of June 18th 2003.* Utrecht: Trimbos Institute.

WEST, S.L., O'NEAL, K.K. & GRAHAM, C.W. (2000). A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *Journal of Substance Abuse, 12*, 405-414.

WHO/HEN (2005). *What is the evidence for the effectiveness of interventions to reduce hepatitis C infection and the associated morbidity?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network.

WIEBEL, W.W., JIMINEZ, A., JOHNSON, W., OUELLET, L., JOVANOVIC, B. & LAMPINEN, T. (1996). Risk behaviour and HIV seroincidence among out of treatment drug users: a four year prospective study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 12*, 282-289.

WODAK, A. & COONEY, A. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users.* Geneva: WHO, Evidence for action technical papers.

WODAK, A. & COONEY, A. (2005). Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *The International Journal of Drug Policy, 16* (Suppl. 1), S31-S44.

WORTHINGTON, N., MARKHAM, T., GALEA, S. & ROSENTHAL D. (2006). Opiate users' knowledge about overdose prevention and naloxone in New York City: a focus group study. *Harm Reduction Journal,* 3 (19). doi: 10.1186/1477-7517-3-19

12

Hoofdstuk 12

Drughulpverlening en justitie: samenwerken kan!

Dirk Vandevelde
Directeur vzw De Kiem

Drughulpverlening en justitie werken voor een deel met dezelfde cliënten en onderschrijven nu ook een gemeenschappelijke visie: druggebruik is een gezondheidsprobleem en een strafrechtelijke vervolging van een druggebruiker moet het 'ultimum remedium' blijven.
De mogelijkheden tot alternatieve afhandeling nemen toe en druggebruikers worden al vroeg in de strafrechtsbedeling naar de hulpverlening georiënteerd. Justitie en drughulpverlening kunnen eindelijk samenwerken.

Inleiding

Cliënten die aankloppen bij de hulpverlening omwille van een afhankelijkheidsprobleem behoren voor een deel tot de groep justitiecliënten die in aanraking komen met het gerecht omwille van illegaal druggebruik of omwille van druggerelateerde criminaliteit.

Uit de jaarcijfers, verzameld door de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg, blijkt dat 1 op 3 van de cliënten een justitieel dossier heeft bij opname (Thienpont & Van Deun, 2005).
De opgelegde maatregelen zijn zeer gevarieerd. Het betreft zowel mensen met een nog niet uitgesproken zaak, vrijheid onder voorwaarden, personen met een probatiemaatregel, onder een voorwaardelijke invrijheidstelling of geïnterneerden.
Recent zijn er ook meer en meer cliënten opgenomen die via proefzorg worden opgevolgd of die onder toezicht van de drugbehandelingskamer of onder elektronisch toezicht staan.

9% van de gedetineerden die in 2006 in Belgische gevangenissen zijn opgesloten is uitsluitend omwille van de drugwet opgesloten (Todts, 2006). Voor 20% is een overtreding van de drugwet een van de redenen voor opsluiting. Uit een onderzoek bij 902 gedetineerden blijkt dat 60% ooit illegale drugs gebruikte. 30% gebruikte illegale drugs tijdens de huidige detentieperiode. Maar liefst 1 op 4 gedetineerden zegt ervaring te hebben met het gebruik van heroïne. 12% van alle bevraagde gedetineerden gebruikten tijdens de huidige detentieperiode heroïne.

De samenwerking tussen justitie en de hulpverlening aan personen met een afhankelijkheid aan drugs is in de afgelopen 10 jaar behoorlijk toegenomen.

De hulpverlening evolueerde naar een meer uitgebreid en divers aanbod van behandelvormen.
Justitie formuleert duidelijk de stelling dat druggebruik in de eerste plaats een gezondheidsprobleem is en neemt verschillende initiatieven om deze beleidsvisie in samenwerking met de hulpverlening uit te bouwen.

Hulpverlening

De hulpverlening voor drugverslaafden in Vlaanderen kent vanaf de jaren negentig een exponentiële groei. Naast de therapeutische gemeenschappen en de crisiscentra komen er ook andere vormen van hulpverlening aan drugverslaafden: ambulante centra, korte residentiële programma's, straathoekwerk, spuitenruil, laagdrempelige methadonprogramma's, opvang van dakloze druggebruikers.
Voor de groep cliënten die jaren in begeleiding blijft en bovendien van het ene hulpaanbod naar het andere verloopt werd de methodiek 'casemanagement' ingevoerd (Vanderplasschen, 2004).

Behalve een verruiming van het aanbod ontstaat er ook een tendens om de hulpverlening te differentiëren (cliënten met een dubbele diagnose, verslaafden met kinderen, minderjarigen, ...)
Sinds 5 jaar wordt er nu geprobeerd om via de opstart van zorgcircuits de bestaande initiatieven op elkaar af te stemmen en functioneler te werken.

De verslaafdenzorg staat voor de uitdaging om de nu opgerichte netwerken te laten uitgroeien tot geïntegreerde zorgcircuits die meer zijn dan het louter bijeenbrengen van verschillende voorzieningen.
Herstel van een afhankelijkheid is een continu proces dat verloopt via duidelijk beschrijfbare fasen. Binnen een geïntegreerd zorgmodel zijn er verschillende behandelingsmodellen (van methadonsubstitutie over crisiscentra tot therapeutische gemeenschappen en halfweghuizen) met uiteindelijk allemaal hetzelfde doel: de cliënt begeleiden naar de volgende fase van herstel en het stimuleren van verandering.
Met andere woorden: een ambulante begeleiding of een behandeling in een residentiële setting wordt pas maximaal benut wanneer de cliënt continu blijft verder werken aan de doelstellingen met betrekking tot zijn genezingsproces.
Via een degelijke indicatiestelling moet de cliënt georiënteerd worden naar de meest geschikte hulpverleningsvorm, rekening houdend met zijn motivatie en bereidheid tot veranderen, zijn geschiktheid voor een bepaald behandelingsmodel en de mate waarin hij klaar is om een behandeling te starten.
Dit betekent dat alle soorten voorzieningen, van uiterst laagdrempelige harm reduction diensten tot de meer hoogdrempelige residentiële behandelingsvormen samenwerken om het proces van herstel van de drugverslaafde te ondersteunen (De Leon, 2004).

Elke hulpverlener moet zich bewust zijn van het feit dat elke interventie/behandeling slechts een momentopname is in een ruimer herstelproces.
Het is belangrijk dat een cliënt die ergens afhaakt het behaalde veranderingsniveau kan behouden in plaats van volledig te hervallen. Dit vraagt een continuïteit van behandeling en een goede afstemming tussen verschillende behandelingsvormen, maar ook een gemeenschappelijke visie.

Als we willen komen tot een geïntegreerde aanpak dan zullen ook de justitiële actoren zich moeten bewust zijn van het feit dat enerzijds het overwinnen van een afhankelijkheid een continu proces is en dat anderzijds de hulpverlening zich volop aan het reorganiseren is.

Justitie

In de allereerste 'Federale Beleidsnota Drugs' (2001) wordt duidelijk geformuleerd dat middelgebruik in de eerste plaats een gezondheidsprobleem is.

De klemtoon ligt op hulpverlening, op risicobeperking en op de reïntegratie van problematische gebruikers.
Het strafrecht moet als 'ultimum remedium' fungeren ten aanzien van de druggebruikers.
De nota houdt rekening met volgende aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs (1997):
- er moet vermeden worden dat druggebruikers, die verder geen zware misdrijven plegen, in de gevangenis terechtkomen;
- de samenwerking tussen justitie en hulpverlening moet worden uitgebouwd ter bescherming van de samenleving enerzijds en van de gebruikers anderzijds;
- de klemtoon moet liggen op alternatieve afhandeling.

In 2003 werd de drugwetgeving aangepast. De wijzigingen steunden op drie pijlers:
- preventie voor de niet gebruiker en de niet-problematische gebruiker;
- hulpverlening ten aanzien van de problematische gebruikers;
- repressie ten aanzien van de dealers.

Vandaag is in de beleidstekst van de minister van justitie een afzonderlijk luik voorzien met betrekking tot de drugproblematiek. De nadruk wordt opnieuw gelegd op de behandeling van de problematische gebruiker. De regering neemt zich voor te voorzien in een betere omkadering voor probleemverslaafden door de voorkeur te geven aan behandeling als alternatief voor vervolging en door risicoverminderende projecten te ondersteunen. Er zal onder andere worden bestudeerd of het proefzorgproject nationaal kan worden geïmplementeerd.

Justitie moet op het meest geschikte niveau druggebruikers kunnen doorverwijzen naar de hulpverlening. Voor loutere gebruikers is dit het niveau van het parket (praetoriaanse probatie, proefzorg). Voor gebruikers die druggerelateerde feiten plegen met een beperkte impact voor de slachtoffers kan dit via het sys-

teem van de bemiddeling in strafzaken. Voor gebruikers die reeds meerdere kansen van justitie hebben gekregen, voor verdachten waarbij proefzorg of bemiddeling mislukt en voor verslaafden die ernstige druggerelateerde criminaliteit plegen, is een dagvaarding voor de rechtbank noodzakelijk, al dan niet na een periode van voorlopige hechtenis.

Om de inspanningen van justitie nog meer af te stemmen op de hulpverlening en ook de kansen van de drugverslaafde, die wel aan zijn probleem wil werken, maximaal te ondersteunen, zou het goed zijn dat de justitiële afhandeling snel volgt op de vaststelling van de feiten. Het is ook belangrijk om rekening te houden met wat de betrokkene in afwachting van een uitspraak of beslissing tot strafuitvoering reeds heeft gedaan. Bijvoorbeeld de tijd dat iemand zinvol en duidelijk controleerbaar aan zijn problematiek heeft gewerkt. De praktijk van 'proefzorg' en van de 'drugbehandelingskamer' te Gent zijn voorbeelden van een snelle reactie op de feiten en van de mogelijkheid om rekening te houden met de inspanningen van de druggebruiker.

De ontwikkeling naar een meer geïntegreerde benadering van het drugprobleem heeft geleid tot een aantal concrete realisaties die werden uitgewerkt in samenwerking tussen justitie en hulpverlening.

Concrete realisaties

Gerechtelijke Alternatieve Maatregelen

Binnen het Globaal Plan zijn er sinds eind 1996 een aantal specifieke projecten uitgebouwd die zich exclusief richten naar druggebruikers die in contact komen met justitiële instanties en met vervolging of straf worden bedreigd.

Deze projecten worden door de Justitieminister omschreven als "het luik justitie (alternatieve maatregelen) dat als annex aan de veiligheids- en preventiecontracten werd toegevoegd."
Dit luik justitie binnen 'Het Globaal Plan' laat de toepassing toe van 4 gerechtelijke maatregelen:

a. dienstverlening en opleiding in het kader van de probatiewet, waarbij de beslissing valt door het hof van beroep, de correctionele rechtbank of de politierechtbank in het geval van opschorting van de uitspraak of uitstel van de gevangenisstraf;
b. de bemiddeling in strafzaken, waarbij de beslissing berust bij de procureur des konings zonder tussenkomst van de rechtbank;
c. de alternatieve maatregelen ter vervanging van de voorlopige hechtenis: de beslissing "vrij onder voorwaarden" wordt genomen door de onderzoeksrechter respectievelijk de onderzoek- of vonnisgerechten;
d. de rechtsomlegging (diversiemaatregelen) voor minderjarigen: de procureur des konings van het jeugdparket beschikt;
e. het pilootproject 'proefzorg' in het arrondissement Gent wordt eveneens uitgevoerd binnen deze regelgeving.

Vooral de gespecialiseerde centra in de verslaafdenzorg hebben verschillende vormen van alternatieve maatregelen en straffen uitgewerkt, specifiek bedoeld voor druggebruikers en drugverslaafden.
Er wordt getracht om via kortlopende programma's de cliënt een beter inzicht te geven in het problematische karakter van zijn druggebruik en er wordt geprobeerd om hem te doen reflecteren over zijn eigen situatie en om hem vervolgens te motiveren tot gedragsverandering.
Zowel de justitiële instanties, de administratie en de hulpverlening zijn vragende partij om een duidelijk kader te scheppen betreffende de financiering van dergelijke alternatieve maatregelen en om nieuwe afspraken te maken in verband met het 'soort' justitiële cliënten dat in aanmerking komt voor een begeleiding door de projecten die erkend zijn binnen de huidige wetgeving betreffende alternatieve maatregelen.

Zonder een herziening van de bestaande wetgeving en van het financieel kader zullen heel wat hulpverleningscentra het nu bestaande aanbod voor justitiecliënteel niet meer kunnen continueren. Hierdoor dreigen vele noodzakelijke behandelplaatsen te verdwijnen. In Gent bijvoorbeeld werken er 5 voltijdse medewerkers in deze projecten. Zij begeleiden samen ongeveer 150 druggebruikers.
Het wegvallen van deze medewerkers zou een fiasco betekenen, omdat ook de reguliere hulpverleningscentra nu al de vraag naar zorg niet meer aankunnen.

Alternatieve Afhandeling werkt!

In het Belgische strafrechtelijk beleid vindt men meer en meer de toepassing van alternatieve maatregelen terug, in het bijzonder voor druggebruikers. Op diverse echelons van de strafrechtsbedeling wordt alternatieve afhandeling gestimuleerd. Alternatieve maatregelen of sancties bieden namelijk de mogelijkheid druggebruikers naar de hulpverlening te oriënteren. Studies hebben aangetoond dat behandeling onder justitiële druk niet minder effectief is dan vrijwillige behandeling (Vandevelde, 1995 en De Jonghe, 1999).
Op het niveau van de opsporing en de vervolging zijn de Minnelijke Schikking, de Bemiddeling in Strafzaken, de Pretoriaanse Probatie en de Vrijheid Onder Voorwaarden alternatieven op een opsluiting in de gevangenis.
Op het niveau van de straftoemeting gaat het over Probatieopschorting en -uitstel.
Bij de strafuitvoering zijn de Voorlopige of Voorwaardelijke Invrijheidstelling en het Elektronisch Toezicht de mogelijke alternatieven op een gevangenisstraf.

Een onderzoek naar de effecten van alternatieve afhandeling op het vlak van recidive en verbetering van de verschillende levensdomeinen toont positieve resultaten (De Ruyver e.a., 2007).
Het voorkomen van recidive blijft weliswaar relatief hoog, maar er is toch aangetoond dat er sprake is van recidivebeperking na het opleggen van een alternatieve maatregel.
Dit gaat samen met een merkbare vooruitgang in de levensdomeinen: de onder-

zoekspersonen stoppen vaak met (problematisch) gebruik en doen het beter op het vlak van familiale en sociale relaties en vrijetijdsbesteding. Op het vlak van tewerkstelling en huisvesting is de positieve evolutie minder uitgesproken.

Proefzorg

Om ook op het niveau van het parket loutere druggebruikers op een efficiënte manier naar de hulpverlening te kunnen oriënteren werd op het Parket te Gent het pilootproject "proefzorg" uitgewerkt. Op 1 augustus 2005 werd een protocol afgesloten tussen de toenmalige minister van justitie, de procureur des Konings te Gent en de Oost-Vlaamse drughulpverlening (verenigd in het netwerk 'zorgcircuit middelenmisbruik').

De kern van het proefzorgsysteem is gestoeld op de wetenschappelijke vaststelling dat alternatieve afhandeling voor druggebruikers recidivebeperkend werkt en dat hoe sneller de doorverwijzing naar de hulpverlening plaatsvindt, des te kleiner de kans wordt op recidive. Personen die dealen uit louter winstbejag moeten repressief worden aangepakt, met gevangenisstraffen (of in uitzonderlijke gevallen werkstraffen), geldboetes en verbeurdverklaring van hun gerealiseerde vermogensvoordeel. Problematische gebruikers daarentegen, ook zij die feiten plegen om in hun gebruik te kunnen voorzien, dienen op zo kort mogelijke termijn naar de hulpverlening te worden georiënteerd.
Door het werken met twee spilfuncties: een proefzorgmanager bij justitie en een centraal aanmeldpunt bij de hulpverlening, wordt het mogelijk om een alternatief te creëren voor de strafrechtelijke sanctie ten aanzien van druggebruikers.
Er zijn twee opties mogelijk: de korte proefzorg en de lange proefzorg.
Bij de korte proefzorg acht het parket enkel de doorverwijzing naar de hulpverlening noodzakelijk. Het betreft hier een éénmalig gesprek in één van de meldpunten. Ofwel kiest de betrokkene vrijwillig voor een hulpverleningstraject, ofwel wordt er na één gesprek afgerond. Verwacht wordt dat, indien de druggebruiker daarna nog problemen ervaart met zijn middelenmisbruik, hij gemakkelijker de stap naar de hulpverlening zal zetten.
Wanneer het parket niet enkel de doorverwijzing naar de hulpverlening belangrijk vindt, maar ook een langdurigere opvolging door de hulpverlening, wordt een lange proefzorg voorgesteld. Dit is een concreet behandeltraject dat gedurende zes maanden wordt opgevolgd door de proefzorgmanager.

Een wetenschappelijke evaluatie toonde aan dat in 82% van de dossiers het uitgestippelde traject werd uitgevoerd (De Ruyver, 2008).
Verder bleek dat het proefzorgproject zorgt voor een verminderde toepassing van de minnelijke schikking en van de probatie-opschorting. Vooral problematische druggebruikers komen in proefzorg terecht, waardoor zij sneller in de hulpverlening terechtkomen.

Drugbehandelingskamer

Binnen de rechtbank van eerste aanleg te Gent werd per 1 juli 2008 het pilootproject 'drugbehandelingskamer' opgestart.
Dit project heeft tot doel om een gespecialiseerde kamer te voorzien voor niet georganiseerde drugcriminaliteit en druggerelateerde criminaliteit waarbij de beklaagde een afhankelijkheidsproblematiek heeft (Samenwerkingsprotocol, 2008).
In het reguliere gerechtssysteem zal de beklaagde-druggebruiker ook vroeg of laat worden doorverwezen naar de hulpverlening. Dit pilootproject beoogt de druggebruiker vroeger, efficiënter en duurzamer te verwijzen.
Aan het netwerk zorgcircuit middelenmisbruik Oost-Vlaanderen zijn twee halftijdse medewerkers toegewezen die als 'liaison' moeten optreden. Via de drugbehandelingskamer kan de beklaagde in contact komen met de 'liaison hulpverlening' en door middel van een uitgebreide probleemanalyse wordt met de cliënt een behandelingstraject opgesteld. De beklaagde verdedigt dit traject vervolgens zelf voor de rechter van de drugbehandelingskamer.
Het systeem probeert om de beklaagde voorwaarden te doen naleven en deze consequent en regelmatig op te volgen. Eens een traject is goedgekeurd wordt de betrokkene om de veertien dagen ter verantwoording geroepen op een 'opvolgzitting'. Gedurende maximum 10 maanden wordt de beklaagde zo opgevolgd. In een eindzitting wordt de zaak afgesloten en wordt een straf uitgesproken. Hierbij wordt rekening gehouden met de inspanningen van de beklaagde.
Het project wordt nu wetenschappelijk opgevolgd.

Een centraal aanmeldpunt voor druggebruikers in de gevangenis

Sinds de tweede helft van de jaren '90 is de gespecialiseerde drughulpverlening actiever aanwezig binnen de gevangenismuren.
Verschillende pogingen om een wekelijkse groepswerking voor druggebruikers binnen de gevangenissen op te starten hadden niet het verhoopte succes.
Al deze groepswerkingen zijn gestopt en vervangen door Centrale Aanmeldpunten voor druggebruikers.
Het eerste Centraal Aanmeldpunt Drugs (CAP) werd opgestart in de gevangenis van Antwerpen.
Alle aanvragen tot residentiële of ambulante behandeling van gedetineerden aan de gespecialiseerde drughulpverlening worden gecentraliseerd.
Op regelmatige basis is er in de gevangenis, gedurende een vastgelegd aantal uren, een hulpverlener aanwezig om drugverslaafde cliënten te zien in functie van een indicatiestelling.
Deze bespreekt de hulpvraag met de gedetineerde, geeft informatie over de verschillende mogelijkheden tot behandeling en helpt de gedetineerde bij de realisatie van een effectieve doorverwijzing.
Om duidelijkheid te scheppen inzake beroepsgeheim wordt er gewerkt met een beperkte schriftelijke overdracht waarbij de cliënt bepaalt of er informatie kan worden doorgegeven.

De informatie blijft hoe dan ook beperkt tot het voorstel van de cliënt om met een behandeling te starten en de vermelding van de naam van het centrum.
Dit project werd door alle betrokkenen positief geëvalueerd en kreeg navolging in andere gevangenissen. Eind 2007 zijn er al CAP's in 5 Vlaamse gevangenissen: Antwerpen, Brugge, Gent, Oudenaarde en Hasselt.
Vorig jaar zijn in de gevangenissen van Antwerpen, Brugge, Gent, Oudenaarde en Hasselt (pas vanaf maart 2007) 574 gedetineerden gezien waarmee in totaal 1030 gesprekken werden gevoerd.
In de nabije toekomst zal er in bijna elke gevangenis een CAP operationeel zijn.
Behandelingscentra die een aanvraag krijgen van een gedetineerde uit een gevangenis waar een centraal aanmeldpunt wordt georganiseerd, kunnen beroep doen op de CAP-medewerker om de betrokkene te zien en te oriënteren.
De CAP-medewerker kan een intermediaire rol vervullen tussen het centrum en de gedetineerde.

B-leave

Het 'B-leave' project is een pre-therapeutisch programma waarbinnen gedetineerden de ervaring kunnen opdoen dat ze door professionele hulp kunnen groeien. Op langere termijn hoopt het B-leave project te bereiken dat, wanneer een gedetineerde terug in de problemen of drugsmisbruik terecht komt, hij vlugger zijn toevlucht zal nemen tot externe hulp.

Het B-leave project vindt plaats binnen de bestaande structuur van de gevangenis te Ruiselede, waar er 52 gedetineerden kunnen verblijven. De B-leavers – 2 groepen van 8 deelnemers – worden halftijds vrijgesteld van tewerkstelling en volgen een specifiek programma voor een periode van acht maanden. Dit programma omvat enerzijds individuele contacten met de psychosociale dienst en anderzijds groepsactiviteiten. De groepsactiviteiten worden gedragen door externe medewerkers. Wekelijks is er voor de B-leavers sport, creatief groepswerk, sociale administratie, een gespreksgroep en er zijn sessies rond sociale vaardigheden en terugvalpreventie. De gespreksgroep en de terugvalpreventiesessies worden door 'de Kiem' verzorgd.

Een onderzoek toonde aan dat druggebruikers die het B-leave programma volgden minder recidiveerden in vergelijking met een groep gedetineerden die geen programma volgden en ook minder nieuwe detentieperiodes kenden (Todts, 2006).
Een goede nazorg is op dit moment nog niet uitgewerkt.

Besluit

De drughulpverlening en de verschillende justitiële instanties hoeven geen tegenpolen te zijn waardoor samenwerken niet mogelijk zou zijn.
Justitie kiest voor een herstelgerichte benadering en investeert in alternatieve afhandelingen. Deze maatregelen leiden niet tot een meer of minder repressief

beleid. Wel wordt het arsenaal aan afhandelingsmodaliteiten voor justitie uitgebreid, zodat druggebruikers reeds in een vroeg stadium in de strafrechtsbedeling op een efficiënte en geïndividualiseerde wijze naar de hulpverlening kunnen worden georiënteerd.
Justitie en hulpverlening werken aan functionele samenwerkingsverbanden. Dit leidt tot een grotere samenwerking en tot dialoog. Hierdoor zijn beide sectoren zich bewust geworden van de mogelijkheden om samen te werken, met respect voor ieders eigenheid en finaliteit.
Het werken met schriftelijke rapportages, volgens een stramien dat vooraf door alle betrokken actoren werd goedgekeurd, brengt een oplossing voor de traditionele discussies over het beroepsgeheim.
De samenwerking tussen justitie en hulpverlening heeft in de praktijk reeds vorm gekregen en de zinvolheid hiervan is aangetoond.

Literatuur

FEDERALE REGERING (2001). *Beleidsnota van de Federale regering in verband met de drugproblematiek.* Brussel: Federale regering.

BROEKAERT, E. (1999). *Postmodern Challenges in the Therapeutic Community for Addicts*. Proceedings of the International Symposium on Substance Abuse Treatment and Special Target Groups.

DE JONGHE, S. (1999). Drugverslaafden met een gerechtelijk statuut in TG De Spiegel, bekeken over de periode 1988-1998. *Weerspiegelingen*, 82-92.

DE KIEM (2004). *Jaarverslag 2003*. Oosterzele: De Kiem.

DE KIEM (2005). *Jaarverslag 2004*. Oosterzele: De Kiem.

DE KIEM (2006). *Jaarverslag 2005*. Oosterzele: De Kiem.

DE KIEM (2007). *Jaarverslag 2006*. Oosterzele: De Kiem.

DE KIEM (2008). *Jaarverslag 2007*. Oosterzele: De Kiem.

DE LEON, G. (2004). Therapeutic communities. In: M. GALANTER & H.D. KLEBER (Eds.), Textbook of substance abuse treatment (pp. 485-501). Washington: American Psychiatric Association Press.

DE RUYVER, B., PONSAERS, P., LEMAÎTRE, A., MACQUET, C., DE WREE, E., HODEIGE, R., ... & SOHIER, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.

DE RUYVER, B., COLMAN, C., DE WREE, E., VANDER LAENEN, F., REYNDERS, D., VAN LIEMPT, A. & DE PAUW, W. (2008). *Een brug tussen justitie en de drughulpverlening. Een evaluatie van het proefzorgproject.* Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.

THIENPONT, J. & VAN DEUN, P. (2007). *VVBV cijfergegevens 2005*. Gent: VVBV.

TODTS, S., HARIGA, F., POZZA, M., LECLERCQ, D., GLIBERT, P. & MICALESSI, M.I. (2006). *Druggebruik in Belgische gevangenissen. Monitoring van gezondheidsrisico's 2006. Eindrapport*. Brussel: Dienst voor gezondheidszorg gevangenissen, Modus Vivendi, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

TODTS, S. (2006). *Believe project, effects on re-offending*. Presentatie op de studiedag 'Tien jaar Believe', gevangenis Brugge, 7 september 2006.

VANDERPLASSCHEN, W., MOSTIEN, B., CLAEYS, P., RAES, V. & VAN BOUCHAUTE, J. (2001). *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelenmisbruik.* Orthopedagogische Reeks Gent, nummer 12. Universiteit Gent: Vakgroep Orthopedagogiek.

VANDERPLASSCHEN, W. (2004). *Implementation and evaluation of case management for*

substance abusers with complex and multiple problems. Orthopedagogische reeks Gent, nummer 17. Gent: Universiteit Gent.

VANDEVELDE, D. (1994). Een vergelijkende studie naar de rol van justitiële druk bij de behandeling van drugverslaafden in een drugvrije therapeutische gemeenschap. In: B. DE RUYVER & A. DE LEENHEER. *Drugbeleid 2000*. (pp. 289-297). Antwerpen: Maklu.

VANDEVELDE, D. & GEIRNAERT, M. (2000). Samenwerking drughulpverlening – justitie. *Tijdschrift "de kiem"*, *8 (*1), 2-15.

VANDEVELDE, D. (2003). Diversiemaatregelen in het kader van de gerechtelijke alternatieve maatregelen. Mogelijkheden voor minderjarige druggebruikers. In B. DE RUYVER e.a., *Drugbeleid 2000, Drugbeleid, Belgisch institutioneel bestel, harm reduction* (pp. 99-106). Antwerpen: Maklu.

Literatuur

ADLAF, E. (2005). Collecting Drug Use Data from Different Populations. In Z. SLOBODA (red.), *Epidemiology of drug abuse* (pp. 99-111). New York: Springer.

ADVISORY COUNCIL ON THE MISUSE OF DRUGS (2006). *Pathways to problems: hazardous use of tobacco, alcohol and other drugs by Young people in the UK and its implications for policy.* London: UK Home office.

ALGEMENE DIRECTIE STATISTIEK EN ECONOMISCHE INFORMATIE (2008). *Ecodata. De bevolking in België.* Brussel: FOD economie, KMO, middenstand en energie. Geraadpleegd op 31 juli, 2008, van http://ecodata.mineco.fgov.be/mdn/bevolking.jsp.

ANTIGIFCENTRUM (2008). *Oproepen illegale drugs 2007*. Brussel: Antigifcentrum. Data verkregen op verzoek.

ANTIGIFCENTRUM (2009). *Activiteitenverslag 2007*. Brussel: Antigifcentrum. Geraadpleegd op 10 maart, 2009, van http://www.poisoncentre.be/IMG/pdf/Activiteitenverslag_2007.pdf.

BAYINGANA, K., DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P.J., TAFFOREAU, J. & VAN DER HEYDEN, J. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

BELGIAN SOCIETY OF EMERGENCY AND DISASTER MEDICINE, BELGIAN INSTITUTE OF TRAFFIC SAFETY, TOXICOLOGICAL SOCIETY OF BELGIUM AND LUXEMBOURG (1996). *Belgian Toxicology and Trauma Study (BTTS). A Study on alcohol, medication and illicit drugs in drivers-victims of road traffic accidents.* S.I.: BTTS.

BERNAERT, I. (2005). *Dossier smartdrugs.* Brussel: VAD.

BERNAERT, I. (2006). *Draaiboek Drugbeleid op School. Handleiding voor de coach*. Brussel: VAD.

BROOK, J.S., BROOK, D.W. & PAHL, K. (2006). The developmental context for adolescent substance abuse intervention. In H.A. LIDDLE & C.L. ROWE (red.), *Adolescent substance abuse: research and clinical advances* (pp. 25-51). Cambridge: Cambridge University Press.

CALLE, P.A., DAMEN, J., DE PAEPE, P., MONSIEURS, K.G. & BUYLAERT, W.A. (2006). A survey on alcohol and illicit & drug abuse among emergency department patients. *Acta Clinica Belgica*, *61*(4), 188-195.

CARPENTIER, C. (2007). *Drugs en criminaliteit. Een complexe relatie.* Drugs in Focus, 16, 1-4.

CASSELMAN, J. (2007). Drugproblemen. Complexiteit en diversiteit. In J. CASSELMAN & H. KINABLE (red.), *Het gebruik van illegale drugs multidimensionaal bekeken* (pp. 13-25). Kortrijk-Heule: UGA.

CASSELMAN, J. & KINABLE, H. (red.) (2007). *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken.* Kortrijk-Heule: UGA.

COGGANS, N. (2008). Risk factors for cannabis use. In EMCDDA, *A cannabis reader: global issues and local experiences.* Monograph series 8, volume 2 (pp. 327-345). Lissabon: EMCDDA.

COLLEGE VAN PROCUREURS-GENERAAL STATISTISCH ANALISTEN (2008). *Jaarstatistiek van het openbaar ministerie. Tendensen 2003-2007. Een vergelijkende analyse op basis

van de gegevens inzake de behandeling van strafzaken door de parketten bij de rechtbanken van eerste aanleg. Brussel: College van Procureurs-generaal statistisch analisten.

CURRIE, C., GABHAINN, S.N., GODEAU, E., ROBERTS, C., SMITH, R., CURRIE, D., ... BARNEKOW, V. (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey.* Copenhagen: WHO.

DECORTE, L., STOOP, R. & DE BIE, E. (2007). De verstrekking van substitutieproducten door de apotheekvestigingen in Antwerpen. VAD-berichten, 3, 16-17.

DECORTE, T. (2000). *The Taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*. Brussel: VUB Press.

DECORTE, T. (red.) (2005). *Ecstasy in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs.* Leuven. Acco.

DECORTE, T. (2009). De (gekleurde) berichtgeving over cannabisteelt in de Vlaamse media. Lessen voor beleidsmakers. *Verslaving*, *5* (1), 23-35.

DECORTE, T., KAMINSKI, D., MUYS, M. & SLINGENEYER,T. (2005). *Problematisch gebruik van (illegale) drugs. Onderzoek naar de operationalisering van het concept in een wettelijke context*. Gent: Academia Press.

DECORTE, T., MORTELMANS, D., TIEBERGHIEN, J. & DE MOOR, S. (2009). *Haalbaarheid van een repetitieve prevalentiestudie onder de algemene bevolking.* Gent: Academia Press.

DECORTE, T., MUYS, M. & SLOCK, S. (2003). *Cannabis in Vlaanderen. Patronen van cannabisgebruik bij ervaren gebruikers*. ISD-reeks n° 1. Leuven: Acco.

DECORTE, T. & SLOCK, S. (2005). *The Taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*. Brussel: VUB Press.

DECORTE, T. & TUTELEERS, P. (2007). *Cannabisteelt in Vlaanderen. Patronen en motieven van 748 kwekers.* Leuven: Acco.

DE DONDER, E. (red.) (2007). *Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2005-2006*. Brussel: VAD.

DE DONDER, E. & LAMBRECHTS, M.C. (2002). Situering problematisch middelengebruik. In E. DE DONDER, I. DE MAESENEIRE, M. GEIRNAERT, M.C. LAMBRECHTS, N. ROOSEN, L. VAN BAELEN & G. VERSTUYF (red.), *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening* (pp. 13-39). Mechelen: Kluwer.

DE DRUGLIJN (2008a). *Definities drugs en druggebruik. Wat is verslaving of afhankelijkheid?* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 22 juli, 2008, van http://www.druglijn.be/info_drugs/omgaan_druggebruik/druggebruik_en_drugproblemen/verslaving_afhankelijkheid.html.

DE DRUGLIJN (2008b). *Registratiegegevens DrugLijn 2000-2007*. Brussel: De DrugLijn. Data verkregen op verzoek.

DE DRUGLIJN (2008c). *Veelgevraagd. Welke soorten drugs bestaan er?* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 22 juli, 2008, van http://www.druglijn.be/info_drugs/veelgevraagd/soorten_drugs.html.

DE DRUGLIJN (2009a). *Cannabis. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/cannabis/manieren_gebruik.html.

DE DRUGLIJN (2009b). *Cannabis. Wat is het?* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/cannabis/wat.html.

DE DRUGLIJN (2008c). *Cocaïne. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/cocaine/manieren_gebruik.html.

DE DRUGLIJN (2009d). *Ecodrugs wat is het?* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 28 januari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/ecodrugs/wat.html.

De DrugLijn (2009e). *GHB. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/GHB/manieren_gebruik.html.

De DrugLijn (2009f). *Heroïne. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/heroine/manieren_gebruik.html.

De DrugLijn (2009g). Heroïne. *Risico's van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/heroine/risicos_gebruik.html.

De DrugLijn (2009h). Ketamine. *Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/ketamine/manieren_gebruik.html.

De DrugLijn (2009i). *LSD en tripmiddelen. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/ drugsABC/ LSD_en_tripmiddelen/manieren_gebruik.html.

De DrugLijn (2009j). *LSD en tripmiddelen. Wat is het.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/LSD_en_tripmiddelen/wat.html.

De DrugLijn (2009k). *Methadon. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/methadon/manieren_gebruik.html.

De DrugLijn (2009l). *Speed. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/speed/manieren_gebruik.html.

De DrugLijn (2009m). *XTC. Manieren van gebruik.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.druglijn.be/info_drugs/drugsABC/XTC/manieren_gebruik.html.

Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., ... Wells, J.E. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, *5* (7), 1053-1067.

De Maere, W. (2001). Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2001. Antwerpen: Free Clinic.

De Maere, W. (2003). Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2002. Antwerpen: Free Clinic.

De Maere, W., Hariga, F., Bartholeyns, F. & Vanderveken, M. (2000). *Gezondheid en druggebruik in het penitentiair milieu. Epidemiologisch instrument: methodologische voorstellen.* Antwerpen: Free Clinic vzw, Modus Vivendi ASBL, Université Libre de Bruxelles – Ecole des Sciences Criminologiques Léon Cornil, Université Catholique de Louvain, Département de Criminologie et de Droit Penal.

De Maeseneire, I. & Vandenberghe, E. (2003). *Drugs etc. Achtergrondinformatie.* Brussel: VAD.

Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J. & Van der Heyden, J. (2006). Health Interview Survey, Belgium, 1997 – 2001 – 2004. Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology.

Demarest, S., Van Der Heyden, J., Gisle, L., Buziarsist, J., Miermans, P.J., Sartor, F., ... Tafforeau, J. (2002). Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2001. IPH/EPI Reports nr. 2002 – 25. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie. Geraadpleegd op 10 februari, 2006, van

http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm.

DE RUYVER, B., LEMAITRE, A., BORN, M., COLMAN, C., PIRENNE, C. & VANDAM, L. (2008). *Definiëring en meting van druggerelateerde criminaliteit.* Gent: Academia Press.

DE RUYVER, B., PELC, I., CASSELMAN, J., GEENENS, K., NICAISE, P., FROM, L., ... VAN DIJCK, A. (2004). *Drugbeleid in cijfers. Een studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen*. Gent: Academia Press.

DE RUYVER, B., PELC, I., DE GRAEVE, D., BUCQUOYE, A., CORNELIS, L. & NICAISE, P. (2007). *Drugs in cijfers II. Studie naar betrokken actoren, overheidsuitgaven en bereikte doelgroepen. Vervolg studie.* Gent: Academia Press.

DE RUYVER, B., PONSAERS, P., LEMAÎTRE, A., MACQUET, C., DE WREE, E., HODEIGE, R., ... SOHIER, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.

DEVROEY, D., VAN CASTEREN, V. & WALCKIERS, D. (2001). *Ongevallen in de privésfeer waarbij de huisarts geraadpleegd wordt. Registratie door de huisartsenpeilpraktijken in 1995 en 1996.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

DEVROEY, D. & VAN CASTEREN, V. (2005). Contacten met huisartsen omwille van ongevallen. *Senti-Bul*, *2*, 3-4.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2002). *EMCDDA standard protocol for the EU member states to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths by the standard Reitox tables.* Lissabon: EMCDDA.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2003). Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen. Jaarverslag 2003. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2006). *Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen. Jaarverslag 2006.* Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2007). *Drugs and driving. Selected issue 2007.* Lissabon: EMCDDA.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2008). Stand van de drugsproblematiek in de Europese Unie en Noorwegen. Jaarverslag 2008. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties der Europese Gemeenschappen.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2009a). *Statistical bulletin 2005 Online (complete) version. General population surveys of drug use. Methods and definitions.* Geraadpleegd op 2 februari, 2009, van http://stats05.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA) (2009b). Statistical bulletin 2008. Geraadpleegd op 5 februari, 2009, van http://www.emcdda.europa.eu/stats08.

EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP (EORG) (2002). *Attitudes and opinions of young people in the European Union on Drugs. Eurobarometer 57.2. Special Eurobarometer 172.* Luxemburg: European Commission.

EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP (EORG) (2004). *Young People and Drugs. Flash Eurobarometer 158.* Luxemburg: European Commission.

EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP (EORG) (2008). *Young People and Drugs. Flash Eurobarometer 233.* Luxemburg: European Commission.

EVENEPOEL, T. (2007). *Will zeroes and ones take us there? E-counseling and cannabis.* Presentation on FESAT Conference Taking a Call on Cannabis – Drug Helplines Response. Oktober 2007.

EVENEPOEL, T. (2008). *De DrugLijn. Jaarverslag 2007.* Brussel: De DrugLijn. Geraadpleegd op 22 juli, 2008, van http://www.druglijn.be/docs/DeDruglijnJV07.pdf.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) ECONOMIE, K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE (2009a). Index search. Geraadpleegd op 4 maart, 2009, van http://www.statbel.fgov.be/indicators/cpi/home_nl.asp.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) ECONOMIE, K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE (2009b). *Wat is de consumptieprijsindex?* Geraadpleegd op 4 maart, 2009, van http://www.statbel.fgov.be/indicators/cpi/home_nl.asp#2.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) JUSTITIE (2009). *Statistische gegevens inzake veroordelingen 1996-2006.* Brussel: Dienst voor het Strafrechtelijk Beleid, Statistisch Steunpunt. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) MOBILITEIT EN VERVOER (2006). *Verkeersveiligheidsfonds. Verslag van de uitgevoerde controles in 2006.* Brussel: Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) MOBILITEIT EN VERVOER (2009). *Verkeersveiligheidsfonds. Bijkomende data van de uitgevoerde controles in 2007.* Brussel: Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2004). *Meerjarenstatistieken van de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Minimale Psychiatrische Gegevens 1999-2003*. Brussel: Dienst datamanagement DG Organisatie gezondheidsvoorzieningen.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2007). *Codeerhandboek ICD-9-CM 2007/2008*. Brussel: Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2008a). *Meerjarenstatistieken van de Minimale Psychiatrische Gegevens 2004-2006*. Brussel: Dienst datamanagement DG Organisatie gezondheidsvoorzieningen. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2008b). *MKG (Minimale Klinische Gegevens).* Brussel: Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Geraadpleegd op 21 oktober, 2008, van https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512876&_dad=portal&_schema=PORTAL.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2008c). MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens). Brussel: Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Geraadpleegd op 21 oktober, 2008, van https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512879&_dad=portal&_schema=PORTAL.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2009a). *MKG (Minimale Klinische Gegevens) 1999-2006.* Brussel: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST (FOD) VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU (2009b). *MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens) 1999-2006.* Brussel: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE POLITIE (2005). *Activiteitenverslag van de federale politie 2004*. Brussel: Federale Politie.

FEDERALE POLITIE (2007). *Methodologische nota. Productie van de politiële criminaliteitsstatistieken juni 2006*. Brussel: Dienst beleidsgegevens. Geraadpleegd op 24 april, 2007, van http://www.polfed-fedpol.be/crim/crim_statistieken/2005/reports/

nl/notas/methodologischenota_2006.pdf.

FEDERALE POLITIE (2008a). *Aantal geregistreerde feiten opgesplitst volgens type product voor de periode 2004-2007.* Brussel: CGOP. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE POLITIE (2008b). *Activiteitenverslag van de federale politie 2007.* Brussel: Federale Politie.

FEDERALE POLITIE (2008c). *Drugprijzen.* Brussel: Centrale dienst drugs. Data verkregen op verzoek.

FEDERALE POLITIE (2008d). *Gegevens over inbeslagnames.* Brussel: Centrale dienst drugs. Data verkregen op verzoek.

FRAEYMAN, J. & VAN HAL, G. (2009). *Registratie van druggebruikers via de parketten 2005-2007.* Gegevens verkregen op verzoek.

FROST, N., GRIFFITHS, P. & FANELLI, R. (2008). Peering into dirty waters: the potential and implications of a new approach to monitoring drug consumption. *Addiction*, *103* (8), 1239-1241.

FROST, N. & GRIFFITHS, P. (2008). Introduction to sewage epidemiology and the wastewater system. In N. FROST & P. GRIFFITHS, *Assessing illicit drugs in wastewater. Potential and limitations of a new monitoring approach.* EMCDDA Insights 9 (pp. 9-20). Lissabon: EMCDDA.

GEIRNAERT, M. (2007). Het algemene kader voor drugpreventie. In J. CASSELMAN & H. KINABLE (red.), *Het gebruik van illegale drugs multidimensionaal bekeken* (pp. 73-89). Kortrijk-Heule: UGA.

GODART, B. (2005). Vermijd de laatste trip ... Studie over de ongevalsrisico's voor bestuurders onder invloed van alcohol en/of drugs. *Via Secura, 70*, 11-13.

HARIGA, F., TODTS, S., DOULOU, M. & MUYS, M. (2003). *Druggebruik in de gevangenis: monitoring van gezondheidsrisico's. Een onderzoek in tien Belgische gevangenissen.* Brussel: Modus Vivendi.

HARTNOLL , R. (2002). Het meten van prevalentie en incidentie van drugsgebruik. Indicatoren voor drugspreventiebeleid in de EU. *Drugs in beeld*, *3*, 1-4.

HERMANS, L. & SCHROOTEN, J. (2005). *Dossier cocaïne.* Brussel: VAD.

HERMANS, L., HEYVAERT, H., KINABLE, H., SCHROOTEN, J. & VAN PETEGHEM, M. (2005). *Dossier speed.* Brussel: VAD.

HESSE, E. & MIERMANS, P.J. (2006). Gezondheidsenquête België 2004. Boek IIII Leefstijl. Gebruik van illegale drugs. In K. BAYINGANA, S. DEMAREST, L. GISLE, E. HESSE, P.J. MIERMANS, J. TAFFOREAU & J. VAN DER HEYDEN, *Gezondheidsenquête België 200* (pp. 499-538). IPH/EPI Reports nr. 2006 – 035. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie. Geraadpleegd op 10 februari, 2006, van
http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/his04nl/his36nl.pdf.

HIBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A. & KRAUS, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use among students in 35 European Countries.* Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

HOGAN, J.A. (2009). Risk factors for addiction. In G.L. FISHER & N.A. ROGET (red.), *Substance abuse prevention, treatment & recovery 2* (pp. 798-801). Los Angeles: Sage.

HOME OFFICE (2007). *Identifying and exploring young people's experiences of risk, protective factors and resilience to drug use.* Londen: Home Office.

HUBLET, A., VEREECKEN, C. & MAES, L. (2008). *Health behaviour in school aged children (HBSC) 1996-2006 – Vlaanderen.* Data verkregen op verzoek. Gent: Universiteit Gent.

JELLINEK (2009). *Drugs info matrix.* Amsterdam: Jellinek. Geraadpleegd op 5 augustus,

2009, van http://www.jellinek.nl/informatie_en_advies/drugs_info/.
JOSSELS, G., GOVARTS, E. & ROELANDS, M. (2007). *Drug-Related Deaths. Flanders & Brussels, 1998-2004.* Brussel: WIV.

KERSSEMAKERS, K., VAN MEERTEN, R., NOORLANDER, E. & VERVAEKE, H. (2008). *Drugs en alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

KINABLE, H. (2008). *Dossier cannabis*. Brussel: VAD.

KINABLE, H. (2009). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School. Syntheserapport schooljaar 2007-2008.* Brussel: VAD.

KING, L.A., CARPENTIER, C. & GRIFFITHS, P. (2004). *An overview of cannabis potency in Europe.* EMCDDA insights, 6. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

LAMBRECHT, P. & ANDRIES, C. (2003). *ESPAD 2003. European Schoolsurvey Project on Alcohol and other Drugs-Flanders.* Brussel: VUB; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Data verkregen op verzoek.

LAMBRECHT, P. & ANDRIES, C. (2008). *European Schoolsurvey Project on Alcohol and other Drugs-Flanders (ESPAD -2007). Eindrapport December 2008.* Brussel: VUB; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Data verkregen op verzoek.

LAMBRECHTS, M.C. & VAN BAELEN, L. (2002). Ontstaansfactoren van problematisch alcohol- en druggebruik. In E. DE DONDER, I. DE MAESENEIRE, M. GEIRNAERT, M.-C. LAMBRECHTS, N. ROOSE, L. VAN BAELEN & G. VERSTUYF, *Alcohol- en druggebruik. Gedifferentieerde aanpak van preventie tot hulpverlening* (pp. 41-53). Mechelen: Kluwer.

LAMKADDEM, B. & ROELANDS, M. (red.) (2007). *Belgian National Report on Drugs 2007*. Brussels: Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology.

LAMKADDEM, B. & ROELANDS, M. (red.) (2008). *Belgian National Report on Drugs 2008*. Brussels: Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology.

LEDOUX, Y. (2005). *Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique.* Gent: Academia Press.

LEDOUX, Y. (2008). *Nationale registratie van substitutiebehandelingen. NRSB. Jaarrapport 31 december 2007.* Brussel: IFEB/IPhEB.

LLOYD, C. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *5* (3), 217-232.

LOXLEY, W., TOUMBOUROU, J.W., STOCKWELL, T., HAINES, B., SCOTT, K., GODFREY, C., ... WILLIAMS, J. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence.* Canberra: The National Drug Research Institute and the Centre for Adolescent Health.

MAES, V., CHARLIER, C., GRENEZ, O. & VERSTRAETE, A. (1999). *Drugs and medicines that are suspected to have a detrimental impact on road user performance.* Deliverable D1, ROSITA. Gent: Universiteit Gent. Geraadpleegd op 4 maart, 2009, van http://www.rosita.org/docs/rosita_d1.doc.

MAESSCHALCK, C. & VERTOMMEN, H. (2001). Nederlandse Verkorte Temperament en Karakter Vragenlijst (VTCI). *Tijdschrift Klinische Psychologie, 31* (1), 10-15.

MATTHYS, W., VANDERSCHUREN, L.J.M.J., NORDQUIST, R.E. & ZONNEVYLLE-BENDER, M.J.S. (2006). *Factoren die bij kinderen en adolescenten een risico vormen voor gebruik, misbruik en afhankelijkheid van middelen*. Den Haag: ZonMw.

MEULEMANS, A., HOOFT, P., VAN CAMP, L., DE VRIEZE, N., BUYLAERT, W., VERSTRAETE, A. & VANSNICK, M. (1996). *Belgian Toxicology and Trauma Study. A study on alcohol, medication and illicit drugs in drivers-victims of road traffic accidents.* Brussel: Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine; Belgian Institute of Traffic Safety; Toxicological Society of Belgium and Luxembourg.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE (2001). *Beknopte handleiding bij de diag-*

nostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger BV Publishers.

NATIONAL INSITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders.* Second edition. Bethesda: NIDA.

PELC, I., NICAISE, P., CORTEN, P., BERGERET, I., BAERT, I., ALVAREZ IRUSTA, L., ... MEUWISSEN, K. (2005). *Les traitements de substitution en Belgique: développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et des patients: rapport final.* Gent: Academia Press.

PLASSCHAERT, S., AMEYE, L., DE CLERCQ, T., WALCKIERS, D., SARTOR, F., MICALESSI, I., ... VAN OYEN, H. (2005). *Study on HCV, HBV and HIV seroprevalence in a sample of drug users in contact with treatment centres or in prisons in Belgium, 2004-2005.* Brussel: WIV.

RAES, E., VAN DEN NESTE, T. & VERSTRAETE, A.G. (2008). *Drug Use, Impaired Driving and Traffic Accidents.* EMCDDA Insights. Luxemburg: EMCDDA.

RAES, E. & VERSTRAETE, A.G. (2005). Usefulness of Roadside Urine Drug Screening in Drivers Suspected of Driving Under the Influence of Drugs (DUID), *Journal of analytical toxicology*, *29*, 632-636.

RHODES, T., LILLY, R., FERNÁNDEZ, C., GIORGINO, E., KEMMESIS, U.E., OSSEBAARD, H.C., ... SPANNOW, K.E. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs, Education Prevention and Policy*, *10 (*4), 303-329.

RIGTER, H., VAN LAAR, M., RIGTER, S. & KILMER, B. (2003). *Cannabis. Feiten en cijfers 2003. Achtergrondstudie Nationale Drugmonitor.* Utrecht: Bureau Nationale Drugmonitor.

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING (RIZIV) (2001). *De revalidatie van verslaafden 1980-1999*. Brussel: RIZIV, INAMI.

ROSIERS, J. & VAN HAL, G. (2007). Hoofdstuk 2: bevraging van de AUHA-studenten over hun middelengebruik en daarmee verwante aspecten: de onderzoeksresultaten. In G. VAN HAL, J. ROSIERS, I. BERNAERT & S. HOECK, *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik van Antwerpse studenten* (pp. 27-108). Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

ROSIERS, J. (2007). *Middelengebruik en suïcide. Dossier*. Brussel: VAD.

SASSE, A. (2009). *Overdrachtswijzen bij HIV-geïnfecteerden 1997-2007, volgens regio.* Brussel: WIV. Data verkregen op verzoek.

SASSE, A., DEFRAYE, A., BUZIARSIST, J., VAN BECKHOVEN, D. & WANYAMA, S. (2008). *Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 2007.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling epidemiologie.

SASSE, A. & DEFRAYE, A. (2008). *HIV/AIDS in België. Toestand op 31 december 2007. Semestrieel rapport nr. 66.* Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling epidemiologie.

SCHEERS, M., VERSTRAETE, A., ADRIAENSEN, M., RAES, E. & TANT, M. (2006). *Rijden onder invloed van psychoactieve stoffen: literatuurstudie en evaluatie van het handhavingsbeleid.* Gent: Academia Press.

SCHROOTEN, J. (2005). De samenstelling van XTC en pill testing. In T. DECORTE (red.), *Ecstasy in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs* (pp. 41-55). Leuven: Acco.

SCHROOTEN, J. (2007). *Dossier XTC.* Brussel: VAD.

SLEIMAN, S. & SARTOR, F. (red.) (2002). *Belgisch nationaal rapport over Drugs 2002*. Brussel: Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

SLEIMAN, S. (red.) (2003). *Belgisch nationaal rapport over Drugs 2003*. Brussel: Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

SLEIMAN, S. (red.) (2006). *Belgisch nationaal rapport over Drugs 2005*. Brussel: Afdeling

Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

SLEIMAN, S. & ROELANDS, M. (red.) (2006). *Belgian National Report on Drugs 2006*. Brussels: Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology.

SLOBODA, Z. (2005). Defining and measuring drugs abusing behaviors. In Z. SLOBODA (red.), *Epidemiology of drug abuse* (pp. 3-14). New York: Springer.

SLOBODA, Z., MCKETIN, R. & KOEZL, N. (2005). Use of Archival Data. In Z. SLOBODA (red.), *Epidemiology of drug abuse* (pp. 63-78). New York: Springer.

STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK (2007). *CAW monitor 2007*. Berchem: Steunpunt algemeen welzijnswerk.

STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK (2008). *Registratiegegevens 2004-2007.* Antwerpen: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. Data verkregen op verzoek.

STREEL, E., ANSSEAU, M., DE MEUE, T. & VERBANCK, P. (2007). *La dangerosité du cannabis: étude longitudinale sur les conséquences physiques et mentales*. Gent: Academia press.

SURMONT, T. (2007). Het profiel van coffeeshopbezoekers in Terneuzen. In B. DE RUYVER & T. SURMONT (red.), *Grensoverschrijdend drugstoerisme. Nieuwe uitdagingen voor de Euregio's* (pp. 54-88). Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.

SWADI, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence, 55* (3), 209-224.

TAYLOR, C. & GRIFFITHS, P. (2005). Sampling Issues in Drug Epidemiology. In Z. SLOBODA (red.). *Epidemiology of drug abuse* (pp. 79-98). New York: Springer.

THIENPONT, J. & VAN DEUN, P. (2009). *Cijfergegevens 2006 en 2007.* Kortrijk/Gavere: VVBV.

THIENPONT, J. & VAN DEUN, P. (2006). *Cijfergegevens 2005.* Kortrijk/Gavere: VVBV.

THIENPONT, J. & VAN DEUN, P. (2005). *Cijfergegevens 2004.* Kortrijk/Gavere: VVBV.

THIENPONT, J. & VAN ZUIJLEN, M. (2004). *Cijfergegevens 2003.* Kortrijk/Gavere: VVBV.

TODTS, S., HARIGA, F., POZZA, M., LECLERCQ, D., GLIBERT, P. & MICALESSI, M.I. (2006). *Druggebruik in Belgische gevangenissen. Monitoring van gezondheidsrisico's 2006. Eindrapport*. Brussel: Dienst voor gezondheidszorg gevangenissen, Modus Vivendi, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

TRIMBOS INSTITUUT (2009a). DIMS jaarbericht 2007. Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 18 augustus, 2009, van http://www.trimbos.nl/Downloads/ Producten/ 11926-DIMS%20jaarbericht%202007.pdf.

TRIMBOS INSTITUUT (2009b). *GHB. Wat is het?* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.trimbos.nl/default536.html.

TRIMBOS INSTITUUT (2009c). *Ketamine. Wat is het?* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.trimbos.nl/default550.html.

TRIMBOS INSTITUUT (2009d). *Opiaten. Wat is het?* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.trimbos.nl/default571.html.

TRIMBOS INSTITUUT (2009e). *Speed. Wat is het?* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 4 februari, 2009, van http://www.trimbos.nl/default677.html.

TYTGAT, J. (2007). Illegale drugs. In J. CASSELMAN & H. KINABLE (red.), *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken* (pp. 27-38). Kortrijk-Heule: UGA.

UNITED NATIONS (2008). *World Drug Report 2008.* Wenen: United Nations Office on drugs and crime.

UNITED NATIONS (2003). *Global Illicit Drug Trends 2003.* Wenen: United Nations Office on drugs and crime.

VAN AMSTERDAM, J.G.C., OPPERHUIZEN, A., KOETER, M.W.J., VAN AERTS, L.A.G.J.M. & VAN DEN BRINK, W. (2009). *Ranking van drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. Bilthoven: RIVM.

VAN CAUWENBERGHE, K. (2008). *Handhavingszakboekje drugs 2009*. Mechelen: Kluwer.

VAN DER STEL, J. (2007). *Wat elke professional over verslaving moet weten. Canon verslaving.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

VAN DEUN, P. (2009). *20 jaar registratie drugshulpverlening 1988-2007*. Puurs: Unibook.com.

VANDER LAENEN, F. (2007). De drugwetgeving. In J. CASSELMAN & H. KINABLE (red.), *Het gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken* (pp. 251-264). Kortrijk-Heule: UGA.

VANDER LAENEN, F. (2008). *Drugpreventie bij kwetsbare groepen? Jongeren met een gedrags- en emotionele stoornis aan het woord.* Den Haag: Boom juridische uitgevers.

VAN HAL, G., ROSIERS, J., BERNAERT, I. & HOECK, S. (2007). *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik van Antwerpse studenten.* Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

VAN HAL, G., VAN DAMME, P. & VAN CAUWENBERGHE, K. (2005). *Vijftien jaar registratie van geverbaliseerde druggebruikers in Vlaanderen en Brussel: 1990-2004*. ESOC-publicatie nr. 42. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

VAN HAVERE, T. (2008). *Kwantitatief en kwalitatief uitgaansonderzoek. 2006 & 2007*. Brussel: VAD.

VANHYFTE, C. (2005). De aanbodzijde van ecstasy: synthetische-drugsproductie in België. In T. DECORTE (red.), *Ecstasy in Vlaanderen. Een multidisciplinaire kijk op synthetische drugs* (pp. 161-176). Leuven: Acco.

VAN LAAR, M.W., CRUTS, A.A.N., VERDURMEN, J.E.E., VAN OOYEN-HOUBEN, M.M.J. & MEIJER, R.F. (2008). *Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2007.* Utrecht: Trimbos-instituut.

VANNESTE, C., GOEDSEELS, E. & DETRY, I. (2007). *Onderzoek met betrekking tot de productie en wetenschappelijke exploitatie van cijfergegevens aangaande jeugddelinquentie en jeugdbescherming. Eerste onderzoeksrapport. Analyse van de instroom op de jeugdparketten voor het jaar 2005*. Brussel: NICC.

VAN NUIJS, A., PECCEU, B., THEUNIS, L., COVACI, A., BERVOETS, L., DUBOIS, N., ... NEELS, H. (2008). *Cocaïne en metabolieten in Belgische afval- en oppervlaktewateren (COWAT).* Brussel: Federaal wetenschapsbeleid.

VAN VLIERDEN, K. & LAMMAR, P. (2007). *Drugs en medicijnen in het verkeer. Literatuurstudie*. Diepenbeek: Steunpunt verkeersveiligheid.

VAN WILGENBURG, H. (2006). Farmacologie en toxicologie van heroïne. *Verslaving*, *2* (2), 59-63.

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN (VAD) (2006). *Doorverwijsgids. Een leidraad voor verwijzers en hulpverleners. Alcohol- en drughulpverlening in Vlaanderen*. Brussel: VAD.

VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (2007). *Middelengebruik in Vlaanderen een stand van zaken.* Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd op 21 oktober, 2008, van http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/subsite02/cijfers/Middelengebruik%20in%20Vlaanderen,%20een%20stand%20van%20zaken_def(1).pdf.

VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (2008a). *Databestand Minimale Klinische Gegevens*. Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd op 21 oktober, 2008, van http://www.zorg-en-gezondheid.be/data_mkg.aspx.

VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (2008b). *Registratie Arcade 2003-2007*. Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Agentschap Zorg en Gezondheid. Data verkregen op verzoek.

VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (2009a). *Minimale klinische gegevens 2002-*

2006 Vlaanderen, opnames via spoed. Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Agentschap Zorg en Gezondheid. Data verkregen op verzoek.

VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID (2009b). *Statistiek van de doodsoorzaken 2000-2006*. Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Agentschap Zorg en Gezondheid. Geraadpleegd op 10 maart, 2009, van http://www.zorg-en-gezondheid.be/statistiek-doodsoorzaken.aspx.

VLAAMSE OVERHEID (2004a). *Statistiek van de doodsoorzaken 1998.* Brussel: administratie gezondheidszorg. Geraadpleegd op 23 april, 2004, van http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/.

VLAAMSE OVERHEID (2004b). *Statistiek van de doodsoorzaken 1999.* Brussel: administratie gezondheidszorg. Geraadpleegd op 23 april, 2004, van http://www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren/.

VRANCKX, A., GOOVAERTS, J., CASSELMAN, J., JOOSEN, B., VAN DEUN, P. & VANNIJVEL, V. (2004). *Methadonverstrekking in Vlaams-Brabant. Een enquête bij apothekers*. Geraadpleegd op 13 augustus, 2004, van http://www.vlabo.be/.

VVBV (2001). *Vlaams informatiesysteem VVBV. Statistische gegevens 1999*. Oosterzele: De Kiem; Kortrijk: Kompas.

VZW WEGCODE (2007). *Verdovende middelen in het verkeer*. Geraadpleegd op 24 april, 2007, van http://www.wegcode.be/wet.php?wet=86.

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID (2001). *Belgisch nationaal rapport over Drugs 2001*. Brussel: Afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

WIESSING, L., VICENTE, J. & HICKMAN, M. (2008). Integrating wastewater analysis with conventional approaches to measuring drug use. In N., Frost & P. Griffiths, *Assessing illicit drugs in wastewater Potential and limitations of a new monitoring approach.* EMCDDA Insights 9 (pp. 80-91). Lissabon: EMCDDA.

WINDELINCKX, T. (2008). Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2007. Antwerpen: Free Clinic.

WINDELINCKX, T. (2007). *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2006*. Antwerpen: Free Clinic.

WINDELINCKX, T. (2006). *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2005*. Antwerpen: Free Clinic.

WINDELINCKX, T. (2005). *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2004*. Antwerpen: Free Clinic.

WINDELINCKX, T. (2004). *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil Vlaanderen 2003*. Antwerpen: Free Clinic.

ZINBERG, N. (1984). *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.

Bijlagen

Bijlage 1 – Selecties voor druggerelateerde sterfte op basis van ICD-10 codes

Strikte definitie (EMCDDA "selectie B")[180]

Deze selectie omvat de overlijdens die rechtstreeks toegeschreven worden aan het gebruik van essentieel illegale drugs.

ONDERLIGGENDE DOODSOORZAKEN

- Psychische stoornissen en gedragsstoornissen[181] door
  - gebruik van opiaten (F11);
  - gebruik van cannabinoïden (F12);
  - gebruik van cocaïne (F14);
  - gebruik van andere stimulantia (F15);
  - gebruik van hallucinogenen (F16);
  - door meervoudig druggebruik (F19).
- Onopzettelijke vergiftiging (X41, X42), opzettelijke vergiftiging (X61, X62), vergiftiging opzet niet bepaald (Y11, Y12) door
  - opium (T40.0);
  - heroïne (T40.1);
  - andere opiaten (T40.2);
  - methadon (T40.3);
  - andere synthetische opiaten (T40.4);
  - cocaïne (T40.5);
  - andere niet gespecificeerde narcotica (T40.6);
  - cannabis (T40.7);
  - lysergide (LSD) (T40.8);
  - andere niet gespecificeerde psychodysleptica (hallucinogenen) (T40.9);
  - psychostimulantia (T43.6).

---

[180] EMCDDA (2002). *EMCDDA standard protocol for the EU member states to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths by the standard Reitox tables.* Lissabon: EMCDDA. http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1419.

[181] Acute intoxicatie (F1x.0), schadelijk gebruik (F1x.1), afhankelijkheidssyndroom (F1x.2), onthouding (F1x.3), onthouding met delirium (F1x.4), psychotische stoornis (F1x.5), amnestische stoornis (F1x.6), resttoestanden en laattijdig optredende psychotische stoornis (F1x.7), andere mentale en gedragsstoornissen (F1x.8), niet gespecificeerde mentale en gedragsstoornissen (F1x.9).

Bijlage 2 – Consumptieprijsindex 1997-2007

Consumptieprijsindex telkens voor de maand december van het betreffende jaar, basisjaar 2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CPI	88,77	89,29	91,02	93,29	95,33	96,63	98,31	100,55	103,45	105,15	108,40

Bron: FOD economie, K.M.O., middenstand en energie, 2009a

Bijlage 3 – Druggerelateerde diagnoses in de minimale klinische gegevens: selectie van ICD 9 codes

Misbruik	ICD9 code
Opiaten	305.50, 305.51, 305.52, 305.53
Cocaïne	305.60, 305.61, 305.62, 305.63
Cannabis	305.20, 305.21, 305.22, 305.23
Amfetamine	305.70, 305.71, 305.72, 305.73
Hallucinogenen	305.30, 305.31, 305.32, 305.33
Andere, combinatie of ongespecificeerd	305.90, 305.91, 305.92, 305.93

Afhankelijkheid	ICD9 code
Opiaten	304.00, 304.01, 304.02, 304.03
Cocaïne	304.20, 304.21, 304.22
Cannabis	304.30, 304.31, 304.32, 304.33
Amfetamine	304.40, 304.41, 304.42, 304.43
Hallucinogenen	304.50, 304.51
Anders gespecificeerd	304.60, 304.61, 304.62, 304.63
Combinatie	304.70, 304.71, 304.72, 304.73 304.80, 304.81, 304.82, 304.83
Ongespecificeerd	304.90, 304.91, 304.92, 304.93

Bijlage 4 – Tabellen over alle illegale middelen

Tabel 1 – Gebruik van andere middelen door ervaren cocaïnegebruikers (%)

	Ooit-gebruik		**Gebruik de afgelopen twee weken**	
	1997 (n = 77)	2003 (n = 77)	1997 (n = 77)	2003 (n = 77)
Cannabis	100,0	100,0	83,1	71,4
Alcohol	100,0	100,0	89,6	88,3
Tabak	96,1	97,4	90,9	74,0
Amfetamines	94,8	96,1	19,5	11,7
LSD	89,6	90,9	7,8	1,3
XTC	85,7	88,3	32,5	5,2
Opiaten	67,5	72,7	15,6	9,1
Snuifmiddelen	28,6	32,5	1,3	–

Bron: Decorte & Slock, 2005

Tabel 2 – Frequentie van gecombineerd gebruik door ervaren cannabisgebruikers (%)

	Aantal*	**Altijd**	**Vaak**	**Regelmatig**	**Zelden**	**Nooit**
Alcohol	369	8,7	26,8	35,0	27,6	1,9
Tabak	351	56,7	24,8	10,5	6,0	2,0
XTC	183	39,9	17,5	10,9	18,0	13,7
Opiaten	58	31,0	13,8	10,3	15,5	29,3
Hallucinogenen	193	40,4	13,0	11,4	20,2	15,0
Amfetamines	148	37,2	18,9	10,8	22,3	10,8
Cocaïne	129	36,4	17,1	16,3	14,7	15,5
Crack	29	41,4	10,3	10,3	13,8	24,1

* enkel respondenten die het product ooit hebben gebruikt

Bron: Decorte e.a., 2003

Tabel 3 – Substanties vermeld op het overlijdenscertificaat voor de druggerelateerde sterfgevallen in Vlaanderen en Brussel, 1998-2004

Meervoudig druggebruik	45,0%
Opiaten	31,9%
Andere narcotica	7,5%
Cocaïne	6,2%
Andere psychostimulantia	5,4%
LSD/hallucinogenen	1,1%
Cannabis	0,4%
Andere psychodysleptica	2,6%

Bron: Jossels e.a., 2007

Tabel 4 – Aantal overlijdens als gevolg van het gebruik van illegale drugs in het Vlaams Gewest volgens sekse, 1998-2006

Aantal overlijdens mannen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Totaal
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door										
opiaten	9	12	9	10	3	7	1	–	–	51
cannabinoïden	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
cocaïne	1	–	1	2	3	2	3	1	1	14
andere stimulantia	1	2	1	2	–	2	2	–	–	10
hallucinogenen	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1
meervoudig druggebruik	8	15	14	20	14	9	6	7	3	96
Totaal	**19**	**30**	**25**	**34**	**20**	**20**	**12**	**8**	**4**	**172**
Accidentele vergiftiging (enkel x42)	3	–	4	3	4	4	13	20	22	73
Opzettelijke vergiftiging (enkel x62)	3	6	5	5	4	7	3	5	6	44
Vergiftiging opzet niet bepaald (enkel Y12)	–	1	–	3	–	1	1	1	–	7
Totaal	**25**	**37**	**34**	**45**	**28**	**32**	**29**	**34**	**32**	**296**
Aantal overlijdens vrouwen	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**Totaal**
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen door										
opiaten	2	2	3	1	1	1	–	–	–	10
cannabinoïden	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1
cocaïne	1	1	1	2	–	1	–	2	1	9
andere stimulantia	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1
hallucinogenen	2	–	–	–	–	–	–	–	–	2
meervoudig druggebruik	3	4	2	5	3	3	3	4	–	27
Totaal	**8**	**7**	**6**	**8**	**6**	**5**	**3**	**6**	**1**	**50**
Accidentele vergiftiging (enkel x42)	–	–	–	–	–	–	–	9	5	14
Opzettelijke vergiftiging (enkel x62)	1	–	1	–	3	4	–	4	–	13
Vergiftiging opzet niet bepaald (enkel Y12)	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1
Totaal	**9**	**7**	**7**	**8**	**9**	**9**	**3**	**19**	**7**	**78**

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2009; Vlaamse Overheid, 2004a-b

Tabel 5 – Positieve bloedanalyses na drugcontroles volgens aanwezigheid psychoactieve stof, België, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Amfetamine	56	21,6	88	18,5	88	22,5	98	14,9	195	18,1	525	18,4
MDMA	135	52,1	202	42,5	121	30,9	137	20,9	209	19,4	804	28,1
MDEA	2	0,8	3	0,6	1	0,3	5	0,8	0	0,0	11	0,4
THC	137	52,9	266	56,0	231	59,1	475	72,3	430	39,9	1.539	53,8
Benzoyl-ecgonine	46	17,8	91	19,2	77	19,7	98	14,9	175	16,2	487	17,0
Cocaïne	2	0,8	6	1,3	35	9,0	44	6,7	90	8,3	177	6,2
Morfine	2	0,8	7	1,5	7	1,8	12	1,8	75	7,0	103	3,6
Totaal	**380**	**146,7**	**663**	**139,6**	**560**	**143,2**	**869**	**132,3**	**1.174**	**108,9**	**3.646**	**127,5**
Aantal positieve stalen	**259**		**475**		**391**		**657**		**1.078**		**2.860**	

Bron: Scheers e.a., 2006

Tabel 6 – Aangetroffen illegale middelen en geneesmiddelen bij bestuurders van 14 jaar of ouder die na een verkeersongeval op spoeddiensten terecht komen, 1995-1996

Middel	n positief na confirmatie[182] (n = 1.879)	% (n = 1.879)
Cannabis	113	6,0
Cocaïne	14	0,7
Opiaten	141	7,5
Methadon	5	0,4
Propoxyfeen	4	0,2
Amfetamines	56	3,0
Barbituraten	25	1,3
Benzodiazepines	160	8,5

Bron: Meulemans e.a., 1996

[182] Dit betekent gecorrigeerd voor de patiënten die interfererende medicatie namen voor de staalname.

Tabel 7 – Leeftijdsverdeling van positief bevonden bestuurders van 14 jaar of ouder die na een verkeersongeval op spoeddiensten terecht komen volgens middel, 1995-1996

Middel	14-17 jaar	18-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 en + jaar
Cannabis	8,5	12,2	6,1	2,3	1,1	0,0	0,0
Cocaïne	0,7	1,6	0,2	0,7	0,6	0,0	0,0
Medicamenteuze opiaten	4,6	4,5	5,1	7,5	6,8	6,3	5,4
Morfine opiaten	0,7	2,0	3,1	2,3	1,1	0,0	1,5
Amfetamines	2,6	3,9	3,5	2,6	1,7	0,8	2,3
Barbituraten	0,0	0,2	1,8	2,3	2,8	1,6	0,8
Benzodiazepines	3,6	5,7	8,9	8,0	16,7	12,1	9,9

Bron: Meulemans e.a., 1996

Tabel 8 – Overzicht van de middelen aangetroffen in de politionele dossiers (2004-2005) van verdachten

Middel	Aantal dossiers	%
Cannabis	36	30,0
Heroïne	27	22,5
Cocaïne	5	4,2
Amfetamines	7	5,8
Hallucinogenen	1	0,8
Cannabis + heroïne	12	10,0
Cocaïne + heroïne	5	4,2
Cocaïne + amfetamines	1	0,8
Cocaïne + cannabis	3	2,5
Cannabis + XTC	3	2,5
Amfetamines + heroïne	1	0,8
Cannabis + amfetamines	1	0,8
3 of meer middelen	8	6,7
Enkel slachtoffer onder invloed	10	8,3
Totaal	120	100,0
Geen info over middel	28	
Totaal	**148**	

Bron: De Ruyver e.a., 2008

Tabel 9 – Type middel bij de druggerelateerde politionele dossiers (2004-2005)

	Eigendomsdelicten (n = 78)	**Geweldsdelicten (n = 30)**	**Seksuele delicten (n = 40)**
Cannabis	45	16	29
Cocaïne	11	7	14
Amfetamines	16	3	8
XTC	4	4	14
Heroïne	47	17	14
Hallucinogenen	1	0	0

Bron: De Ruyver e.a., 2008

Tabel 10 – Gebruikte illegale middelen door geverbaliseerde druggebruikers bij parketten in Vlaanderen en Brussel, 1997-2007[183]

Product	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**
Cannabis	3.466	3.031	3.135	2.908	2.131	2.437	2.216	2.327	1.909	1.854	1.736
	76,2%	66,8%	66,2%	77,5%	77,5%	73,7%	74,3%	74,2%	88,2%	67,2%	62,1%
XTC	294	315	413	372	374	298	257	352	259	237	237
	6,5%	6,9%	8,7%	9,9%	13,6%	9,0%	8,6%	11,2%	9,8%	8,6%	8,5%
Amfetamines	529	518	379	200	243	327	347	347	270	344	305
	11,6%	11,4%	8,0%	5,3%	8,8%	9,9%	11,6%	11,1%	10,2%	12,5%	10,9%
Heroïne	258	270	292	289	148	292	216	200	223	251	421
	5,7%	5,9%	6,2%	7,7%	5,4%	8,8%	7,2%	6,4%	8,5%	9,1%	15,1%
Cocaïne	328	321	273	265	165	278	258	234	206	286	322
	7,2%	7,1%	5,8%	7,1%	6,0%	8,4%	8,6%	7,5%	7,8%	10,4%	11,5%
LSD/ hallucinogenen	50	45	38	37	16	12	9	13	12	15	9
	1,1%	1,0%	0,8%	1,0%	0,6%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	0,3%
Totaal aantal gebruikers[184]	**4.550**	**4.539**	**4.739**	**3.754**	**2.749**	**3.308**	**2.984**	**3.136**	**2.638**	**2.757**	**2.794**

Bron: Fraeyman & Van Hal, 2009; Van Hal e.a., 2005

183 De som kan groter zijn dan 100% omdat per persoon meerdere middelen kunnen aangeduid worden.

184 Dit is het totaal aantal geregistreerde druggebruikers bij de parketten voor dat jaar.

Tabel 11 – Gebruik van andere illegale middelen door ervaren cannabisgebruikers

	Ooit-gebruik		Laatste 3 maand	
	Aantal	%	Aantal	%*
Hallucinogenen	193	52,3	32	8,7
XTC	183	49,6	71	19,2
Amfetamines	148	40,1	29	7,9
Cocaïne	129	35,0	43	11,7
Hasjolie	83	22,5	4	1,1
Vluchtige stoffen	69	18,7	4	1,1
Opiaten	58	15,7	10	2,7
Crack	29	7,9	2	0,5

* % van het aantal respondenten dat het product ooit heeft gebruikt

Bron: Decorte e.a., 2003

Tabel 12 – Gebruik van andere illegale middelen door cannabistelers

	Ooit-gebruik		Laatste jaar		Laatste maand	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Hallucinogene paddenstoelen	63	70,8	28	31,5	1	1,1
Cocaïne	60	67,4	31	34,8	12	13,5
XTC	56	62,9	24	27,0	9	10,1
Amfetamines	45	50,6	15	16,8	4	4,5
LSD of andere hallucinogenen	43	48,3	14	15,7	3	3,3
Hasjolie	41	46,1	7	7,9	1	1,1
Opiaten	22	24,7	4	4,5	2	2,2
Vluchtige stoffen	17	19,1	5	5,6	2	2,2
Crack	6	6,7	1	1,1	1	1,1

Bron: Decorte & Tuteleers, 2007

Tabel 13 – Frequentie van gecombineerd gebruik van cocaïne met andere middelen door ervaren cocaïnegebruikers (%)

	Altijd	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Alcohol	56,5	22,6	11,3	3,2	6,5
Cannabis	40,3	16,1	14,5	14,5	14,5
Tabak	83,9	3,2	3,2	1,6	8,1
Amfetamines	3,2	1,6	8,1	11,3	75,8
LSD	–	–	–	8,1	91,9
XTC	1,6	9,7	9,7	19,4	59,7
Opiaten	8,1	9,7	6,5	3,2	72,6
Vluchtige stoffen	–	–	–	1,6	98,4

Bron: Decorte & Slock, 2005

Tabel 14 – Aantal inbeslagnames van illegale drugs, België, 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Totaal
Cannabis											
marihuana	8.247	7.049	8.254	geen info	10.582	10.229	geen info	17.755	18.260	19.196	99.572
hasj	4.573	3.350	5.475	geen info	4.932	4.116	6.378	4.492	5.805	5.870	44.991
cannabisplanten	147	144	442	geen info	389	296	geen info	geen info	209	466	2.093
cannabisolie	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	11	geen info	geen info	1	2	14
cannabiszaden	53	166	93	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	312
Opiaten											
opium	2	3	10	geen info	geen info	6	8	44	13	8	94
heroïne	1.112	760	1.340	1.757	1.864	1.104	1.981	3.505	2.411	2.850	18.684
andere opiaten	3	geen info	45	geen info	75	1	geen info	geen info	geen info	geen info	124
Cocaïne[185]	804	556	925	1.087	1.802	1.844	2.880	2.225	3.888	3.656	19.667
Amfetamine	geen info	1.063	974	geen info	3.825	3.702	4.734	3.976	3.116	2.767	24.157
XTC	geen info	1.100	2.504	geen info	geen info	geen info	geen info	2.531	2.142	1.798	10.075
LSD	75	73	107	geen info	geen info	17	geen info	geen info	1	1	274
Khat	geen info	4	5	geen info	geen info	126	91	127	118	68	539
GHB	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	285	476	511	1.272
Ketamine	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	geen info	20	43	36	99

Bron: Federale Politie, 2008

185 Base en zouten, incl. crack.

Tabel 15 – Aantal zorgperiodes in de CGG in Vlaanderen volgens DSM-IV diagnose, 2003-2007

	Alle ZP			**Aan illegale middelen gebonden stoornis**			**Aan cannabis gebonden stoornis**		
	M	V	T	M	V	T	M	V	T
2003	21.879	25.409	47.290	1.380	329	1.709	753	127	880
	46,3%	53,7%	100,0%	80,7%	19,3%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%
2004	24.909	29.051	53.960	1.281	350	1.631	658	129	787
	46,2%	53,8%	100,0%	78,5%	21,5%	100,0%	83,6%	16,4%	100,0%
2005	25.449	29.765	55.220	1.109	299	1.408	668	123	791
	46,1%	53,9%	100,0%	78,8%	21,2%	100,0%	84,5%	15,5%	100,0%
2006	25.292	29.518	54.819	1.363	337	1.700	779	131	910
	46,1%	53,8%	100,0%	80,2%	19,8%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%
2007	22.299	26.498	48.797	1.307	347	1.654	712	133	845
	45,7%	54,3%	100,0%	79,0%	21,0%	100,0%	84,3%	15,7%	100,0%

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008

Tabel 16 – Percentage zorgperiodes in de CGG in Vlaanderen volgens DSM-IV diagnose aan middelen gebonden stoornissen bekeken op alle zorgperiodes en de zorgperiodes voor stoornissen gebonden aan illegale middelen, 2003-2007

	2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aan cannabis gebonden stoornis	880	100%	787	100%	791	100%	910	100%	845	100%
% op alle zorgperiodes (1)		1,9%		1,5%		1,4%		1,7%		1,7%
% op alle aan illegale middelen gebonden stoornis (2)		51,5%		48,3%		56,2%		53,5%		51,1%
Aan cocaïne gebonden stoornis	158	100%	184	100%	133	100%	191	100%	222	100%
(1)		0,3%		0,3%		0,2%		0,3%		0,5%
(2)		9,2%		11,3%		9,4%		11,2%		13,4%
Aan opiaten gebonden stoornis	236	100%	229	100%	143	100%	209	100%	202	100%
(1)		0,5%		0,4%		0,3%		0,4%		0,4%
(2)		13,8%		14,0%		10,2%		12,3%		12,2%
Aan amfetamines gebonden stoornis	330	100%	330	100%	251	100%	311	100%	346	100%
(1)		0,7%		0,6%		0,5%		0,6%		0,7%
(2)		19,3%		20,2%		17,8%		18,3%		20,9%
Aan hallucinogeen gebonden stoornis	18	100%	15	100%	14	100%	16	100%	17	100%
(1)		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
(2)		1,1%		0,9%		1,1%		0,9%		1,0%
Aan fencyclidine gebonden stoornis	87	100%	86	100%	76	100%	63	100%	22	100%
(1)		0,2%		0,2%		0,1%		0,1%		0,0%
(2)		5,1%		5,3%		5,4%		3,7%		1,3%
Aan illegale middelen gebonden stoornis	1.709	100%	1.631	100%	1.408	100%	1.700	100%	1.654	100%
Alle zorgperiodes	47.290	100%	53.962	100%	55.220	100%	54.819	100%	48.797	100%

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2008

Tabel 17 – Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in België volgens hoofddiagnose, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Misbruik								
cannabis	53	51	73	81	94	124	99	70
cocaïne	33	49	48	81	60	83	81	77
opiaten	89	83	79	71	73	87	87	84
amfetamines	44	36	50	52	49	73	85	64
hallucinogenen	23	29	27	21	27	15	27	15
andere, combinatie of ongespecificeerd	430	387	431	399	334	295	352	300
Totaal misbruik	**672**	**635**	**708**	**705**	**637**	**677**	**731**	**610**
Afhankelijkheid								
cannabis	40	49	56	64	55	92	76	79
cocaïne	72	55	75	81	90	111	100	111
opiaten	374	362	342	277	260	298	250	256
amfetamines	61	34	45	56	84	63	64	46
hallucinogenen	15	9	3	6	3	9	3	9
andere	109	109	113	113	96	96	102	103
combinatie (geen opiaten)	160	120	164	152	156	156	156	131
niet gespecificeerd	163	113	141	149	113	93	98	72
Totaal afhankelijkheid	**994**	**851**	**939**	**898**	**857**	**918**	**849**	**807**

Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009

Tabel 18 – Aantal opnames in algemene ziekenhuizen in België volgens nevendiagnose, 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Misbruik								
cannabis	255	296	412	551	705	826	1.061	1.164
cocaïne	123	136	200	210	277	271	342	461
opiaten	199	208	226	269	325	348	371	395
amfetamines	102	115	118	139	156	188	216	237
hallucinogenen	56	42	61	50	60	62	51	109
andere, combinatie of ongespecificeerd	2.459	2.502	2.523	2.369	2.457	2.308	2.395	2.168
Totaal misbruik	**3.194**	**3.299**	**3.540**	**3.588**	**3.980**	**4.003**	**4.436**	**4.534**
Afhankelijkheid								
cannabis	331	340	552	737	963	1.285	1.338	1.433
cocaïne	275	357	346	417	554	560	614	777
opiaten	1.681	1.682	1.998	2.147	2.354	2.502	2.614	3.028
amfetamines	129	126	154	191	225	255	289	264
hallucinogenen	33	35	34	45	27	40	27	39
andere	1.100	1.034	980	1.080	1.362	1.213	1.060	834
combinatie (geen opiaten)	291	250	264	326	363	371	410	389
niet gespecificeerd	994	892	956	1034	1037	846	849	803
Totaal afhankelijkheid	**4.834**	**4.716**	**5.184**	**5.977**	**6.885**	**7.072**	**7.201**	**7.567**

Bron: FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2009